Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4–5 Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Berlin. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

No. 23. 5. Juni 1900.

Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20.

47. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Urinbefunde nach Nierenpalpation.*)

Von Dr. C. Menge, Privatdocent an der Universität Leipzig.

Vor einigen Monaten kam eine anaemische Kranke mit rechtsseitiger Nephroptose und ausgedehntem Prolaps der Vagina und des Uterus zu mir, deren vorgefallene Genitalien durch Pessare nicht mehr zurückgehalten wurden, und welcher ich desshalb den Vorschlag der operativen Beseitigung des Genitalleidens machte, der auch sofort acceptirt wurde.

Im Anschluss an die bimanuelle Genitaluntersuchung hatte ich den Urin mit dem Katheter der Blase entnommen; derselbe war völlig klar, zeigte auch keine Besonderheit in der Farbe, enthielt aber, was ich erst nach erfolgtem Operationsvorschlag feststellte, nicht unerhebliche Mengen Eiweiss.

In der voräufigen und voreiligen Annahme einer geweblichen Nierenerkrankung theilte ich dem die Frau begleitenden Ehemanne mit, dass ich wegen einer bestehenden Nierenreizung die eben proponirte Operation unterlassen müsse. Der Patientin selbst erklärte ich, vor Durchführung der Operation sei noch ein letzter therapeutischer Versuch mit einem besonders wirksamen Scheidenstützapparate nöthig. Ich bestellte sie nach einigen Tagen wieder, um ihr ein Breslauhysterophor anzulegen, und hoffte auf diese Weise die Unruhe, welche die Ablehnung der einmal vorgeschlagenen Operation bei ihr verursacht haben würde, vermeiden zu können.

Als die Kranke wenige Tage nach der ersten Untersuchung wieder kam, und von Neuem Urin zur Sedimentirung mit dem Katheter entnommen wurde, war in demselben keine Spur von Eiweiss nachzuweisen. Auch die mikroskopische Untersuchung des im Spitzglase aufgestellten Urines fiel negativ aus. Dieser Befund wurde später mehrfach und auch im Anschluss an die dann doch noch durchgeführte Operation erhoben.

Kurze Zeit nach dieser Beobachtung erlebte ich bei einer anderen anaemischen Patientin mit rechtsseitiger Nephroptose und Hysterie etwas Aehnliches. Wegen der Neurose hatte ich unter anderem kühle Ganzwaschungen des Körpers vorgeschrieben.

Als bei dieser Patientin der mit dem Katheter der Blase entnommene Urin nach erfolgter Ordination untersucht wurde, fand sich wiederum Eiweiss in demselben, und ich widerrieth abermals in der voreiligen Annahme, es sei eine gewebliche Nierenerkrankung vorhanden, die Anwendung des kühlen Wassers. Auch diese Patientin stellte sich nach kurzer Zeit mit eiweissfreiem Urin wieder vor.

Obwohl es mir bekannt war, dass gerade bei anaemischen Personen öfter transitorische Albuminurien vorkommen, erschienen mir diese beiden Fälle besonders in ihrem zeitlichen Zusammentreffen doch etwas auffallend. Ich sann desshalb darüber nach, ob bei ihnen die Erscheinung nicht einen gleichartigen äusseren Grund gehabt habe. Da fiel es mir ein, dass ich bei beiden Frauen die Gegend der Nieren abgetastet und bei beiden durch bimanuelle Palpation einen hochgradigen Tiefstand der rechten Niere constatirt hatte.

In der Vermuthung, dass der bimanuelle Druck auf das Nierenparenchym zu einer vorübergehenden geweblichen Laesion der Niere mit Ausscheidung von Eiweiss im Urin Veranlassung gegeben habe, versuchte ich in der Folgezeit festzustellen, ob die gleiche Beobachtung bei Patienten mit Nephroptose sich öfter anstellen lasse.

Dabei verfuhr ich derart, dass vor der genaueren Palpation der tiefstehenden Niere im einzelnen Falle die Blase mit dem Katheter entleert und dann das verlagerte Organ bimanuell abgetastet wurde, bis aus der Grösse, der Form, der Consistenz, der Lagerung und der Verschieblichkeit desselben mit Sicherheit erkannt war, dass sich zwischen den Händen die Niere befand.

Einige Zeit, gewöhnlich eine halbe Stunde später, wurde die Blase von Neuem mit dem Katheter entleert, und dann die Untersuchung der beiden Urinsorten auf Eiweiss durch die Kochprobe mit Salpetersäurezusatz und ausserdem durch die Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe angeschlossen.

Bei den ersten in dieser Weise behandelten Fällen begnügte ich mich mit den genannten Eiweissproben, da es mir zunächst nur darauf ankam, eine Bestätigung der ersten zufälligen Befunde zu gewinnen. Später wurde die Eiweissmenge auch gelegentlich nach Esbach bestimmt, und die mikroskopische Untersuchung des Urinsedimentes hinzugefügt.

Das Ergebniss dieser Beobachtungen, welche sich auf 21 Fälle von mehr oder weniger ausgeprägtem Tiefstand der Nieren beziehen, ist folgendes.

Oft, aber nicht immer, fand sich schon kurze Zeit nach der Nierenpalpation Eiweiss in dem klar gebliebenen und in der Farbe nicht veränderten Urin vor. Die Befunde differirten bei den einzelnen Beobachtungen bedeutend.

Zunächst ist hervorzuheben, dass bei 6 Fällen im Anschluss an die Palpation der tiefstehenden rechten Niere der Urin völlig unverändert und eiweissfrei blieb. Dagegen fand sich bei 14 Fällen von rechtsseitigem Nierentiefstand und einem Falle von Nephroptosis bilateralis nach der Nierenpalpation Eiweiss in sehr wechselnder Menge, oft nur spurenweise, zweimal aber über ½ p. m. Esbach, während der Urin, abgesehen von einem später kurz zu erwähnenden Falle, vor der Palpation eiweissfrei gefunden war.

Bei allen Fällen, die ich 24 Stunden nach der Palpation wiedersah, war die Eiweissausscheidung wieder verschwunden. Bei einem Falle hatte schon ca. ¾ Stunden nach der Palpation die Albuminurie aufgehört, bei einem anderen Falle konnte ich dagegen 2 Stunden nach der Palpation ihr Fortbestehen noch nachweisen.

Weitere Angaben über die Dauer der Eiweissausscheidung nach Nierenpalpation kann ich nicht machen, da mein nicht stationäres Untersuchungsmaterial naturgemäss Beschränkungen in der Beobachtung auferlegte.

Da das Eiweiss sich schon sehr bald nach der Nierenpalpation im Urin zeigte, erschien es mir am wahrscheinlichsten, dass es sich bei dem Phänomen im Wesentlichen um das Austreten geringer Blutmengen aus Capillarknäueln der Nieren, also um eine vorübergehende renale Haematurie mit Albuminuria spuria handle. Diese Annahme wurde durch die mikroskopische Untersuchung des Urinsedimentes bei 5 Fällen von positivem Eiweissbefund bestätigt.

Doch darf ich hier vielleicht einschalten, dass bei allen Fällen die Eiweissmenge im filtrirten Urin meiner Auffassung nach grösser war, wie sie sonst wohl bei so geringen Blutbeimischungen im Urin gefunden wird. Es erscheint mir desshalb die Annahme nicht unberechtigt, dass der bimanuelle Druck zunächst nur ein Durchtreten von Blutserum durch die Capillarwände in Folge plötzlicher Circulationsveränderungen und dann erst die geringe traumatische Haematurie veranlasst. Wenn diese Annahme zutreffend ist, kann man gelegentlich auf eine reine Albuminurie nach Nierenpalpation rechnen.

*) Mitgetheilt in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

In den 5 Fällen, bei welchen das Urinsediment mikroskopisch untersucht wurde, fand ich allerdings jedesmal unveränderte rothe Blutzellen in wechselnder Menge und vereinzelte Leukocyten. Bei 2 Fällen sah ich in den mikroskopischen Präparaten auch ganz spärliche, cubisch geformte Epithelien, die ich nur als Nierenepithelien auffassen kann.

Dass die geringfügige Haematurie nach der Nierenpalpation eine renale ist, und das Blut nicht aus der Blasenwand, etwa aus einer mit dem Katheter gesetzten leichten Laesion des Blasenhalses stammt, habe ich bei einem Falle von Nephroptosis dextra in folgender Weise festzustellen versucht.

Der Urin, welcher vor der Palpation mit dem Katheter bei diesem Falle der Blase entnommen war, erwies sich als eiweissfrei. Kurze Zeit nach der Betastung der rechten Niere wurde wiederum mit dem Katheter Urin entnommen, der nur einen geringen Eiweissgehalt zeigte. Im Urinsedimente fanden sich jetzt rothe Blutscheiben und ganz vereinzelte cubisch geformte Epithelien.

Schon der letztere Befund, die Anwesenheit von Nierenepithelien im Sediment deutet darauf hin, dass wenigstens bei diesem Falle eine gewisse gewebliche Laesion in der Niere durch den Palpationsdruck zu Stande gekommen war.

Aber im Hinblick auf die Behauptung zahlreicher Kliniker, dass man aus dem Aussehen von Epithelzellen im Urin nur sehr vorsichtige Rückschlüsse auf deren Herkunft ableiten dürfe, versuchte ich, die gewebliche Laesion der Niere und die davon abhängige Haematurie als eine renale dadurch zu erweisen, dass ich zunächst mit dem Cystoskop die ganze Blasenschleimhaut absuchte und constatirte, dass in der Schleimhaut, soweit sie zu übersehen war, nirgends die geringste Injection bestand, die sich sofort einstellt, wenn die Schleimhaut stärker mechanisch gereizt oder gar verletzt wird.

Dann führte ich vermittels des Cystoskops in beide Ureteren dünne Ureterkatheter ein und fing durch sie den Urin beider Nieren gesondert auf.

Der Urin der nicht palpirten linken Niere zeigte sich völlig eiweissfrei und enthielt keine geformten Bestandtheile; in dem Urin der rechten palpirten Niere waren dagegen geringe Eiweissmengen und im Sedimente rothe Blutzellen vorhanden.

Die geschätzte Menge des Eiweisses und des Blutes war im Urin der rechten Niere nicht grösser wie in dem Blasenurin vor dem Katheterismus der Ureteren, eher sogar geringer, ein Befund, der zunächst auffallend erscheint, da die Verdünnung des eiweiss- und bluthaltigen Urins der rechten Niere mit dem von pathologischen Bestandtheilen freien Urine der linken Niere ausgeschaltet war.

Das scheinbar paradoxe Phaenomen erklärt sich meines Erachtens daraus, dass, da die cystoskopische Untersuchung der Blase und die Sondirung der Ureteren einige Zeit in Anspruch nahm, die Palpationswirkung schon wieder im Abklingen begriffen war, als der Urin der rechten Niere gesondert aufgefangen wurde.

Bei der Betrachtung dieses Falles muss ich erwähnen, dass gerade Blutkörperchenbefunde im Urin, welcher mit einem Katheter den Ureteren direct entnommen ist, nur mit äusserster Vorsicht diagnostisch verwerthet werden dürfen. Nicht selten, besonders wenn die Vorwärtsbewegung des eingeführten Ureterkatheters nicht spielend erfolgt, der Katheter etwas dick ist oder einen zu starren Mandrin enthält, kommen schon beim Einführen des Instrumentes kleine Laesionen in der Ureterschleimhaut zu Stande, die sofort das Auftreten von geringen Blutmengen im Ureterurin vermitteln. Selbst wenn die Uretersonde ganz leicht und ohne Mandrin im Ureter gleitet, kommt es doch sehr häufig zu einer geringen Blutbeimischung zu dem durch den Katheter abfliessenden Urin dann, wenn man die Sonde längere Zeit im Ureterrohr liegen lässt. Ich vermuthe, dass unter solchen Verhältnissen die peristaltische Arbeit des Ureterrohres über der eingeführten Sonde allmählich zu feinen Fissuren in der Schleimhaut des Ureters Veranlassung gibt. Die gepresste Schleimhaut platzt über dem nicht gefetteten Katheter oberflächlich auf.

Aus diesem Grunde erscheint es mir rathsam, bei der Untersuchung eines mit Katheter dem Ureter direct entnommenen Urins nur die in den ersten 5, höchstens 10 Minuten rhythmisch aus dem Katheter abtropfende Urinmenge zu Blutproben zu verwenden, auch wenn der weiterhin abfliessende Urin makroskopisch in keiner Weise verändert erscheint.

Da ich bei dem eben erwähnten Falle in der genannten Weise vorgegangen bin, da beide Katheter sich leicht und rasch in die Ureteren einführen liessen, glaube ich die gesonderten Urinproben so erhalten zu haben, wie sie von den Nieren geliefert wurden, ohne jede Beimischung aus den unteren Urinwegen.

Ein anderer Fall, der ebenfalls bis zu einem gewissen Grade geeignet ist, die Herkunft des Eiweisses und des Blutes aus der Niere zu bekräftigen, ist folgender.

Bei einer Frau fand sich eine hochgradige Nephroptosis bilateralis. Beide Nieren waren bei der mageren Patientin bequem in toto bimanuell abzutasten. Nachdem vor jeglichem Druck auf die Nieren der Blasenurin vollkommen eiweissfrei gefunden war, wurde zunächst die rechte Niere allein palpirt und dann ein geringer Eiweissgehalt des Blasenurins constatirt. Hierauf wurde die linke Niere betastet und darnach eine, allerdings nur auf Schätzung beruhende geringe Vermehrung des im Urin ausgeschiedenen Albumen gefunden.

Wenn ich nun auf Grund meiner wenig zahlreichen Beobachtungen es wage, einige Einzelgesichtspunkte hervorzuheben, so geschieht dies nicht in der Absicht, diese als feste Thesen hinzustellen. Dazu sind die Beobachtungen an dem ambulanten Material nicht zahlreich und nicht ausführlich genug.

Ich gebe die folgenden Sätze nur als das vorläufige Resultat der verschiedenen Eindrücke, die ich bei den Einzelbeobachtungen gewonnen habe.

Das Auftreten der Eiweiss- und Blutausscheidung im Urin nach Nierenpalpation überhaupt und die Stärke derselben ist bis zu einem gewissen Grade abhängig

1. von der Stärke und der Dauer des Palpationsdruckes,
2. von dem Ernährungszustande der Patienten,
3. von der Spannung der Bauchdecken,
4. von dem Grade der Nephroptose,
5. aber auch noch von anderen Bedingungen, die sich vorläufig unserer Kenntniss entziehen, und welche ich in dem Ausdruck „Empfindlichkeit des palpirten Organes“ zusammenfassen möchte.

Zu Punkt 1, „Stärke und Dauer des Palpationsdruckes“, habe ich zu bemerken, dass ich selbstverständlich bei den Untersuchungen jeden rohen Druck zu vermeiden gesucht habe. Ich habe allerdings in der Stärke und Dauer der Palpation gewisse Schwankungen eintreten lassen und dadurch den unter 1 angegebenen Eindruck gewonnen.

Gerade bei Besprechung dieses Punktes möchte ich aber doch nochmals daran erinnern, dass die beiden ersten Befunde von Eiweiss im Urin nach Nierenpalpation ganz zufällige und unerwartete waren. Diese Fälle sind mir desshalb besonders werthvoll; denn es ist sehr schwer, bei der Verfolgung von Beobachtungen, die ein bestimmtes Ziel suchen, ohne jede Voreingenommenheit zu verfahren, auch wenn man sich grösster Objectivität zu befleissigen sucht.

Zu Punkt 2, „Ernährungszustand der Kranken“ bemerke ich, dass vor einigen Monaten bei einer abgemagerten anaemischen Frau im Anschluss an eine schonende, kurzdauernde Palpation der tiefstehenden rechten Niere ziemlich reichliche Eiweissmengen mit dem Urin zur Ausscheidung kamen. Das Sediment wurde damals leider nicht untersucht. Dieselbe Patientin hat inzwischen eine sehr erfolgreiche Masteur durchgemacht. Auch durch festeren Druck auf die noch immer palpable Niere gelang es jetzt nicht, eine Eiweiss- oder Blutausscheidung im Urin zu veranlassen.

Bei dieser Person scheint die Niere durch die reiche Ablagerung von Fett sowohl in das Unterhautzellgewebe der Bauchwandungen als auch in die Nierenkapsel äusseren Insulten gegenüber geschützter wie früher zu liegen.

Auch die Spannung der Bauchdecken (Punkt 3) scheint von Einfluss auf das Zustandekommen der Albuminurie nach Nierenpalpation zu sein. Dafür spricht die Beobachtung, dass bei 2 jugendlichen Nulliparen mit zwar fettarmen, aber doch elastischen Bauchdecken im Anschluss an die Palpation der rechten Niere der Urin pathologische Bestandtheile nicht enthielt, während bei 2 Frauen, welche mehrfach geboren und bei schlaffen, mageren Bauchdecken eine Enteroptose im Sinne Landau's hatten, durch die Betastung der Niere die Albuminurie sich leicht auslösen liess. Der Grad der Nephroptose war bei diesen 4 Patientinen ein annähernd gleich grosser.

Auch dieser, der Nephroptosengrad (Punkt 4) beeinflusst anscheinend das Auftreten des Phänomens in gewisser Weise; je grössere Partien der Niere getastet werden konnten, um so leichter und ausgiebiger kam die Albuminurie und die Haematurie zu Stande.

Doch existirten auch bei verschiedenen mageren Frauen mit schlaffen Bauchdecken und hochgradiger Nierensenkung unaufgeklärte Differenzen bezüglich des Zustandekommens der Albuminurie nach der Nierenpalpation, die zum 5. Punkte, „Empfindlichkeit des getasteten Organes" hinüberleiten. Worin diese verschiedene Empfindlichkeit der Niere begründet sein kann, will ich hier nicht zu erörtern suchen. Nur sei es mir erlaubt, darauf hinzuweisen, dass diejenigen beiden Fälle, bei welchen die Eiweissausscheidung im Anschluss an die Nierenpalpation besonders stark war, sich dadurch auszeichneten, dass bei dem ersten in dem Urin ein auffallend reiches sandartiges Harnsäuresediment vorhanden war, bei dem zweiten aber schon vor der Palpation bei der Kochprobe mit Salpetersäurezusatz und bei der Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe eine leichte Trübung des Urins constatirt wurde.

Damit sind die mir während meiner Beobachtungen besonders aufgefallenen Einzelheiten erschöpft.

Soweit ich unterrichtet bin, ist über die Empfindlichkeit der Niere gegen Palpationsdruck bisher Nichts bekannt gegeben. Da die bei dem weiblichen Geschlechte so häufig vorkommende tiefstehende Niere gerade in der letzten Zeit wieder auch von Seiten der Chirurgen und Gynäkologen eine vermehrte Beachtung gefunden hat, und sie desshalb viel häufiger palpirt wird wie früher, wird das Phänomen gewiss Manchen interessiren.

Eine Berücksichtigung desselben wird auch vor solchen diagnostischen und prognostischen Fehlschlüssen bewahren, wie sie gelegentlich in der Eile der Sprechstunde aus einem Urineiweissbefunde abgeleitet werden.

Die Albuminurie und Haematurie nach Nierenpalpation ist gewiss auch für die Autoren bemerkenswerth, welche neuerdings der Nephroptose jegliche pathologische Dignität abzusprechen versuchen. Das dürfte wohl auch von ihnen nicht bestritten werden, dass je weiter die Niere unter dem Rippenkorbe hervorgetreten ist, und je freier und ungeschützter sie in der Bauchhöhle liegt, um so leichter das vulnerable Organ einem schädlichen Ausdrucke beliebiger Art unterliegen kann.

Einer solchen Schädlichkeit sind am meisten exponirt junge magere Mädchen mit der Enteroptose Meinert's, multipare abgemagerte Frauen mit der Enteroptose Landau's und endlich Kinder, bei welchen nach Curschmann zwar die Enteroptose sehr selten ist, aber beide Nieren physiologisch sehr tief, d. h. relativ ungeschützt, liegen.

Gerade im Hinblick auf diese Verhältnisse erscheinen mir folgende Thatsachen interessant:

1. Bei jungen Mädchen und bei multiparen Frauen werden Nephroptosen und chronische Anaemien sehr häufig vergesellschaftet gefunden.

Ob bei diesen ein sich häufig wiederholender oder länger andauernder Druck, wie er z. B. bei der Schnürung des Corsets oder der Rockbänder der tieferstehenden Niere gegenüber zu Stande kommen kann, die Niere selbst oder durch die Niere den Gesammtorganismus in Folge wiederholter geringfügiger Eiweiss- oder Blutverluste schädigen kann, das wage ich nicht zu entscheiden.

2. Cyklische und intermittirende Albuminurien sind am häufigsten im Kindes- und im Entwicklungsalter und zwar bei fettarmen Individuen.

Dieselben zeigen sich in der Regel nur am Tage, wenn die mageren und anaemischen Patienten das Bett verlassen haben und eine aufrechte Stellung einnehmen, also zu einer Zeit, in welcher die Nieren tiefer herabsinken und der Kleiderdruck wirkt.

3. Die Nephroptose in Verbindung mit chronischer Anaemie ist therapeutisch am besten dadurch zu beeinflussen und die cyklische und intermittirende Albuminurie am sichersten dadurch auf die Dauer zu beseitigen, dass man die Kranken erfolgreich mästet, das heisst die Nieren gegen Druck von aussen natürlich schützt.

Mit der Aufzählung dieser Thatsachen will ich selbstverständlich nicht die Behauptung verknüpfen, dass die Anaemie bei Nephroptose, oder gar dass alle Fälle von cyklischer und intermittirender Albuminurie auf von aussen kommende Druckwirkungen dem Nierengewebe gegenüber zurückzuführen seien.

Ich wollte nur andeuten, dass vielleicht manche dieser Fälle eine gewisse Beziehung zu solchen Druckäusserungen unterhalten, und daran die Bitte schliessen, dass der Eine oder Andere der Frage an der Hand eines stationären Materiales sein Interesse zuwenden möge.

Vor 2 therapeutischen Verfahren glaube ich schon auf Grund meiner wenigen Beobachtungen warnen zu sollen, vor der Massage der Nierengegend und vor der Verwendung von Bandagen mit besonderen Nierenpeloten bei Nephroptose.

Aus der Heidelberger medicinischen Klinik (Geheimrath Prof. Erb).

Ueber eine besondere Form des chronischen Ikterus.*)

Von Privatdocenten Dr. Bettmann.

Der 29 jährige Kaufmann G. M. trat am 3. V. 1899 wegen einer seit vielen Jahren bestehenden Gelbsucht in Behandlung der Heidelberger medicinischen Klinik.

Er gab an, dass die Gelbfärbung der Haut schon in früher Kindheit beobachtet worden sei und damals bedeutende Schwankungen gezeigt habe. Sie ist niemals vollständig verschwunden, wechselt aber an Intensität und zeigt in unregelmässigen Zwischenräumen anfallsweise stärkere Verschlimmerungen. Solche Anfälle werden öfters durch einen leichten Schüttelfrost und ziehende Schmerzen in allen Extremitäten und im Leibe eingeleitet. Nach einigen Stunden tritt dann eine Verstärkung der Gelbsucht hervor, die gewöhnlich einen halben bis einen ganzen Tag anhält. Der Urin wird gleichzeitig dunkler, manchmal schwärzlich. Nach einem solchen Anfall fühlt sich der Patient auffallend matt. In den letzten Jahren haben diese Anfälle an Häufigkeit und Intensität abgenommen. Schmerzen in der rechten Seite des Leibes haben weder bei den Anfällen, noch zu anderen Zeiten bestanden, dagegen hat der Kranke über gelegentliche stechende Schmerzen und einen in den letzten Jahren zunehmenden, anhaltenden „heimlichen" Druck in der linken Seite zu klagen. Keine weiteren wesentlichen Klagen. Appetit gut, keine Magenbeschwerden. Stuhlgang unregelmässig; Diarrhoen wechseln mit Obstipation ab. Der Stuhl ist niemals thonig entfärbt gewesen, pflegt im Gegentheil sehr dunkel zu sein.

Patient hat keine weiteren ernsthaften Erkrankungen durchgemacht; speciell bezüglich Malaria nichts zu ermitteln. Für Lues (acquirirte oder hereditäre) keinerlei Anhaltspunkte zu gewinnen.

Vor mehreren Jahren längerdauernde intensive Neigung zu Nasenbluten.

Familienanamnese ohne Belang. Unter den Angehörigen des Patienten litt Niemand an Gelbsucht. Ein Bruder starb mit 21 Jahren an Meningitis, eine Schwester lebt, ist gesund.

Aus den Untersuchungsergebnissen ist hervorzuheben:

Grosser starkknochiger Mann mit mässig guter Musculatur, geringem Fettpolster. Keine Oedeme, keine Drüsenschwellungen. Deutlich ausgesprochene, wenn auch nicht sehr intensive, ikterische Verfärbung der Haut und entsprechende Veränderungen an den Conjunctiven und der Gaumenschleimhaut. Zunge nicht belegt. Puls 64, kräftig; Temperatur nicht erhöht. Seitens der Brustorgane kein pathologischer Befund.

Abdomen: Ziemlich schlaffe Bauchdecken, linke Seite des Leibes etwas vorgetrieben. Die Leber zeigt normale Percussionsverhältnisse, der weiche, scharfe Rand ist eben palpabel; keine Unebenheiten der Oberfläche des Organs zu fühlen. In der Gallenblasengegend keine umschriebene Resistenz oder Druckempfindlichkeit.

Dagegen findet sich ein mächtiger Milztumor. Höhe 16,0 cm, Breite 27,0 cm.

Keinerlei circumscripte Knollenbildung zu fühlen; das Organ ist wesentlich härter als normal, etwas druckempfindlich. Einkerbungen des Randes deutlich palpabel.

Kein Ascites, keine weiteren auffälligen Befunde seitens des Abdomens.

Urin sauer, klar, mässig dunkel. Lässt rasch ein auffallend reichliches Uratsediment ausfallen. Spec. Gew. 1018. Kein Albumen, kein Zucker, kein Gallenfarbstoff, kein Urobilin, kein Haemoglobin. Mikroskopisch weder Blutkörperchen noch Cylinder oder andere abnorme Formbestandtheile.

Stühle reichlich gefärbt.

Blutuntersuchung: Haemoglobingehalt 75 Proc., Erythrocyten 4 216 000, Leukocyten 8800 (mononucleäre L. 40 Proc., polymorphkernige neutrophile = 54 Proc., eosinophile = 6 Proc.).

Der mitgetheilte Befund war im höchsten Grade auffällig. Sehen wir zunächst ganz ab von dem Fehlen einer Gallenfarbstoffausscheidung im Urin, so müsste bei einem Ikterus von Jahrzehnte langer Dauer schon das merkwürdige gegenseitige Ver-

*) Zum Vortrag auf dem Wiesbadener Congress für innere Medicin angemeldet.

halten von anscheinend normaler Leber und hochgradig veränderter Milz befremden. Ohne dass die ganze Differentialdiagnose hier ausführlich besprochen werden soll, darf wohl in aller Kürze behauptet werden, dass für jenes Ergebniss der physikalischen Untersuchung keine der bekannten Leberaffectionen, speciell der verschiedenen Formen der Cirrhose oder Cholelithiasis herangezogen werden konnte.

Woher sollte aber der Milztumor stammen? Es fehlten alle Anhaltspunkte dafür, dass derselbe in Abhängigkeit von der Erkrankung eines anderen Bauchorganes und von abdominellen Stauungszuständen zu setzen wäre. Auf der anderen Seite liessen sich Anaemia gravis, Leukaemie und Pseudoleukaemie ausschliessen. Eine „primäre" Milzerkrankung (Tumorbildung u. dergl.) war nicht minder unwahrscheinlich und hätte auch keine Erklärung für den Ikterus gegeben.

Nun hat vor 2 Jahren Hayem[1]) ein Krankheitsbild beschrieben und durch seinen Schüler Lévy[2]) ausführlicher bearbeiten lassen, dessen wesentliche klinische Erscheinungen durchaus mit denen unseres Falles übereinstimmen. Hayem bezeichnet die Affection als Ictère chronique infectieux splénomégalique und weist damit zunächst auf die Dauer der Gelbsucht und den sie begleitenden Milztumor hin; das Eigenthümlichste an der Krankheit ist aber eben der Umstand, dass an der Leber keine deutlichen Veränderungen auftreten — trotz des eminent chronischen Verlaufes. Denn die Dauer der Affection ist kaum zu begrenzen; ein Patient, der einmal an dieser Form des Ikterus erkrankt ist, behält ihn auch zeitlebens, ohne dass übrigens irgendwelche schwere oder gar lebensgefährliche Erscheinungen aufträten. So ist unter den 5 Beobachtungen Hayem's eine, bei der die Krankheit schon 20 Jahre dauert.

Dabei macht der Ikterus Schwankungen durch. Es kommt in unregelmässigen Intervallen zu anfallsweisen Verschlimmerungen, die wiederum Zuständen von geringerer Gelbfärbung der Haut Platz machen.

An der Leber nun ist vor Allem keine bleibende Veränderung nachweisbar. Sie besitzt normale Grösse, normale Consistenz, zeigt keine Veränderung der Oberflächenbeschaffenheit, ist nicht druckempfindlich.

Nur bei den „Krisen", d. h. jenen anfallsweisen Verschlimmerungen der Gelbsucht, kann sich vorübergehend eine geringfügige gleichmässige Schwellung einstellen.

Dagegen besitzt die Milz eine charakteristische dauernde und beträchtliche Vergrösserung; sie ist gleichmässig hart, und Festigkeit wie Grösse scheinen mit der Dauer der Affection zu wachsen. Bei jenen Krisen wird das Organ spontan schmerzhaft und druckempfindlich, und dieses Verhalten kann in der anfallsfreie Zeit hinüberdauern.

Im Uebrigen ergibt die Untersuchung der Abdominalorgane, des Herzens u. s. w. keine pathologischen Erscheinungen. Das Blut zeigt einen gewissen Grad von Verminderung der Erythrocyten und des Haemoglobingehaltes, und diese chronische Anaemie gehört zu den constanten Symptomen der Krankheit; aber die Blutveränderung ist weit entfernt von dem Bilde der perniciösen Anaemie oder der Leukaemie.

Als regelmässige Erscheinung sind endlich noch chronische Verstauungsstörungen zu nennen.

Aus der gegebenen Schilderung ist ohne Weiteres zu entnehmen, welche ausserordentliche Aehnlichkeit zwischen den Beobachtungen Hayem's und den unserigen besteht.

Nun versucht Hayem für die Entstehung des Krankheitsbildes eine Erklärung zu liefern, die sich im Princip aus seiner Bezeichnung „Ictère infectieux" ergibt. Er meint, es handele sich um eine bacterielle Infection vom Darm aus, die sich in den grossen Gallenwegen festgesetzt habe und von da aus nicht gegen die feineren Verzweigungen der Gallenwege zu fortschreite, sondern auf dem Wege der Lymphbahnen gegen die Drüsen der Milz zu vorgehe. Eine Stütze dieser Anschauung wird der Thatsache entnommen, dass es einmal gelang, durch Milzpunction gekapselte Diplococcen zu gewinnen, die sich nach Gram nicht entfärbten, auf Bouillon und Gelatine nicht zu züchten waren, dagegen Mäuse in weniger als 24 Stunden tödteten und in deren Blute in Reinculturen zu finden waren. In zwei anderen Fällen dagegen blieb das Ergebniss der Milzpunction negativ. Somit erscheint die infectiöse Theorie gewiss nur bis zu einem gewissen Grade gesichert. Und sollen wir wirklich eine chronische oder schubweise vom Darm ausgehende Infection von so langer Dauer annehmen, die immer jenen ungewöhnlichen Weg einschlägt? Eine solche Erklärung erscheint keineswegs recht befriedigend. Obductionsbefunde aber liegen bis zum heutigen Tage nicht vor, auch andere klinische Beobachtungen sind vorläufig nicht weiter publicirt worden.

Bei unserem Falle nun haben sich einige neue Gesichtspunkte für die Beurtheilung des in Rede stehenden Symptomencomplexes ergeben. Als der Patient bezüglich der Exacerbationen seiner Gelbsucht befragt wurde, gab er an, dass die Verschlimmerungen gewöhnlich durch ganz bestimmte Veranlassungen ausgelöst wurden. Und zwar:

1. Durch übermässiges Essen und Trinken. Die Qualität der Nahrung scheint dabei keine wesentliche Rolle zu spielen. Dagegen gibt Patient an, dass er manchmal nach starken Mahlzeiten von einer plötzlichen Müdigkeit befallen werde; er müsse dann anhaltend gähnen und verspüre einen unüberwindlichen Drang zum Einschlafen. Wenn er dann nach einigen Stunden wieder aufwache, sei die Gelbfärbung stärker.

2. Durch psychische Erregungen. Der Patient, der an sich ziemlich „nervös" ist, hat einige Male nach heftigem Aerger das Stärkerwerden des Ikterus bemerkt, und zwar innerhalb weniger Minuten.

3. Durch körperliche Anstrengungen bestimmter Art. So hat sich eine Verstärkung der Gelbsucht öfter nach längerem Marschiren und besonders nach längerem Tanzen eingestellt, gewöhnlich nachdem zuerst die ziehenden krampfhaften Schmerzen aufgetreten waren. Dagegen war mässiges Radfahren nie von schädigendem Einfluss.

4. Vor Allem durch Kälteeinwirkung. Der Patient ist gegen Abkühlung ausserordentlich empfindlich. Im Winter ist seine Gelbsucht durchweg stärker als im Sommer. Schon bei kühlem Wetter treten leicht Schüttelfröste bei ihm auf.

Namentlich die letzten Angaben konnten wohl den Verdacht auf das Bestehen einer paroxysmalen Haemoglobinurie erwecken. Und in der That brachte der Patient eine Harnanalyse mit, die er nach seinem letzten „Anfalle" (20. IV. 1899) von einem Apotheker hatte ausführen lassen; diese ergab: Geringen Gehalt an Eiweiss, reichlichen Gehalt an Blutfarbstoff, und mikroskopisch einige Blutkörperchen. Damit war uns die Richtung vorgezeichnet, nach welcher die Beobachtung und das Experiment weiter controlirend vorzugehen hatten.

Zunächst sei das Ergebniss einer ununterbrochenen zehntägigen Beobachtungsreihe in der Klinik wiedergegeben.

Der Kranke hatte reichliche Urinmengen (um 2000) vom specifischen Gewicht 1016—1019. In der Ruhe bot die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harnes niemals Abweichungen von den im Aufnahmestatus erhobenen Befunden (s. o.). Auffällig war stets die Massigkeit des Uratsedimentes.

Es wurde nun bei dem Patienten der Effect längeren Gehens (3 Stunden in raschem Tempo) und des Eintauchens der Hände in eisgekühltem Wasser studirt.

Als Folge zweier solcher Märsche ergab sich beidemale eine dunklere Färbung des Harns und das Auftreten geringer Eiweissquanten, mikroskopisch der Fund einzelner rother Blutkörperchen und Blutkörperchenschatten, sowie ganz spärlicher, mit bräunlichen Körnchen besetzter Cylinder. Dagegen war auch jetzt kein Gallenfarbstoff, Urobilin oder Haemoglobin nachweisbar. Der Hautikterus war nach den Versuchen nicht stärker geworden.

Dieselbe Wirkung hatte ein „Eiswasserversuch", bei dem es nach 20 Minuten zu Kriebeln in den Händen, Ziehen in den Armen und leichter Uebelkeit kam, die das Abbrechen des Versuches veranlasste.

Deutlicher war der Effect eines zweiten derartigen Versuches:

7. V. 99. Morgens 10 Uhr: Eintauchen der Hände in eisgekühltes Wasser. Nach etwa 10 Minuten trat ein Zustand ein, den Pat. hinterher als gleichartig mit dem Beginne mancher seiner Anfälle erklärte: Er begann anhaltend zu gähnen, fror, hatte darauf starke Schweisse. Keine deutliche Temperatursteigerung (37.5°); Puls 92. Klagen über Uebelkeit und Schwindel; Erbrechen (sauerer Mageninhalt, keine galligen Massen). Ziehende Schmerzen in den Armen.

[1]) Hayem: Sur une variété particulière d'ictère chronique. Ictère infectieux chronique splénomégalique. Presse médicale, März 1898.

[2]) Lévy: De l'ictère infectieux chronique splénomégalique. Thèse de Paris 1898. — Ich beziehe mich in den folgenden Darstellungen besonders auf Lévy's Arbeit, da sie das einschlägige Material ausführlicher bringt als Hayem's eigene Mittheilung.

Am Nachmittag war die Gelbfärbung der Haut anscheinend intensiver geworden. Der Urin enthielt jetzt wieder etwas Albumen und einzelne rothe Blutkörperchen und Schatten, auch einzelne körnige Cylinder, aber wiederum keinen Blut- oder Gallenfarbstoff.

Unmittelbar nach dem „Anfall" war eine Blutuntersuchung vorgenommen worden. Diese ergab: Hb-Gehalt 75 Proc., Erythrocyten 4 060 000 (demnach keine wesentliche Verminderung gegenüber der Untersuchung vom 4. V.

Mikroskopisch: Im genuinen Präparate finden sich Erythrocytenschatten in nicht geringer Zahl. Grosse Massen von Blutplättchen. Auffallend rasches Auftreten von Fibrinfäden.

Gefärbte Präparate zeigen eine auffällige Polychromatophilie der Erythrocyten.

Das Blutserum erscheint sowohl nach raschem Centrifugiren des Blutes wie nach langsamem Absetzen des Coagulums in der Kälte durch Haemoglobin hellroth gefärbt.

Der Patient verliess am 13. V. 99 die Klinik; ich habe ihn seitdem zu wiederholten Malen gesehen (zuletzt am 12. IV. 1900) und mir seinen Urin auch in den Zwischenzeiten öfters zur Untersuchung zusenden lassen. Derselbe enthielt noch einmal (August 1899), nach einem leichten Anfall, reichlich Haemoglobin ohne Erythrocytenbeimengung, einige wenige Male auch Spuren von Eiweiss. **Niemals hat sich Gallenfarbstoff im Harn nachweisen lassen**, gelegentlich dagegen Urobilin in Spuren.

Das subjective Befinden des Patienten blieb während des ganzen Jahres gut. Die Gelbsucht machte wie vorher leichte Schwankungen, schwere Anfälle sind ausgeblieben. Die Stühle des Patienten waren immer reichlich gefärbt. Die objective Untersuchung der Bauchorgane lieferte keine neuen Ergebnisse; eine Schwellung der Leber hat sich bei keiner Untersuchung nachweisen lassen; der Milztumor ist stationär geblieben, höchstens hat die Härte des Organs zugenommen.

Wenn wir somit nach einjähriger Beobachtung an der Anfangs betonten weitgehenden Uebereinstimmung der Krankheitserscheinungen unseres Patienten mit den von Hayem verwertheten Fällen festhalten können, so hat sich doch für die Beurtheilung unseres Falles durch den Nachweis der Haemoglobinurie ein neues, in jenen früheren Beobachtungen nicht hervortretendes Moment ergeben. Unser Kranker berichtet von Anfällen, die ihrer Art nach und durch die Eigenthümlichkeit der auslösenden Schädigungen (Marschiren, Kälteeinwirkungen) sehr wohl auf paroxysmale Haemoglobinurie bezogen werden konnten, und die Urinuntersuchung hat 2 mal nach solchen Anfällen den Nachweis von Blutfarbstoff im Urin ohne gleichzeitiges Vorhandensein grösserer Blutkörperchenmengen erbracht. Die Versuche, experimentell Anfälle zu erzeugen, lieferten allerdings kein vollkommen befriedigendes Resultat; es kam nicht zur Ausscheidung von Haemoglobin im Urin. Indessen sind derartige rudimentäre Anfälle, bei denen nur Albuminurie auftritt oder selbst diese ausbleibt, im Verlaufe der paroxysmalen Haemoglobinurie keine Seltenheit.

Wichtig war uns desshalb der Nachweis der Haemoglobinaemie bei dem Versuche vom 7. V. Eine strenge Kritik könnte hier einwenden, dass die Haemoglobinabgabe an das Serum möglicher Weise erst während des Absetzens des Blutkuchens erfolgt sei. Aber auch unter dieser Voraussetzung müsste daran festgehalten werden, dass im Blute unseres Patienten während des Anfalls eine abnorm gesteigerte Neigung zur Abgabe des Hb an das Serum bestanden habe; denn bei mehreren Controlversuchen, die in der anfallsfreien Zeit in analoger Weise vorgenommen wurden, blieb die Rothfärbung des Serum aus. Es sei übrigens kurz angeführt, dass noch zu verschiedenen Malen bei dem Kranken Blutuntersuchungen ausgeführt wurden, welche eine abnorme Neigung seines Blutes zur raschen Gerinnung, eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Erythrocyten gegen mechanische Einwirkungen und eine gesteigerte Fähigkeit des Serums, fremde Blutkörperchen aufzulösen, erkennen liessen. Isotoniebestimmungen nach der Methode Hamburger-v. Limbeck ergaben keine pathologischen Werthe. Ich beschränke mich auf die einfache Wiedergabe dieser Befunde, welche im Wesentlichen die Resultate früherer Beobachter bestätigen: specifische Eigenthümlichkeiten der Haemoglobinaemie sind aus ihnen vorläufig nicht zu entnehmen.

Trotzdem scheint es mir nach dem vorher Mitgetheilten nicht zweifelhaft, dass bei unserem Patienten eine Haemoglobinaemie besteht, die allerdings in meist abortiven Paroxysmen verläuft. Eine solche intermittirende Haemoglobinaemie wird uns auch am ungezwungendsten die Verstärkungen des — augenscheinlich pleiochromen — Ikterus und die Milzschwellung erklären, die unter diesem Gesichtspunkte als „spodogener Tumor" aufgefasst werden müsste. Wollten wir das ganze Krankheitsbild des Patienten als derartige Haemoglobinaemie betrachten, so wäre allerdings im höchsten Grade auffällig, abgesehen von der langen Dauer der Krankheit, die übrigens nicht beispiellos dastände (Fall von Mackenzie mit 20jährigem Bestande etc.) die Dauer des Ikterus und die bleibende, zu enorme Grösse gediehene Milzschwellung. Eine hypothetische Erklärung für diese beiden Symptome könnte in der Annahme gefunden werden, dass bei unserem Patienten weniger eine Neigung zu ausgesprochenen Paroxysmen, als vielmehr eine Blutbeschaffenheit besteht, die häufiger, wenn nicht anhaltend, zum Uebertritt geringer Haemoglobinmengen in's Serum führt, die bewältigt werden können, ohne dass es zur Ausscheidung des Blutfarbstoffs im Urin kommt. Da die Krankheit bei unserem Patienten schon in früher Kindheit aufgetreten ist, könnte daran gedacht werden, ob nicht eine angeborene Abnormität des Blutes die wesentlichste Voraussetzung der geschilderten Erscheinungen sei.

Ob das ganze Krankheitsbild, das unser Patient darbietet, etwa auf Grund einer derartigen Hypothese erklärt werden dürfte, muss natürlich eine offene Frage bleiben. Sicher scheint uns nur das Eine, dass Zustände der Haemoglobinaemie hier eine Rolle spielen; ob ihnen aber eine wesentliche und dominirende Bedeutung zukommt, ist auf Grund der bisherigen Beobachtung nicht zu sagen. Der Fall ist nach manchen Richtungen hin noch nicht genügend aufgeklärt. So bleibt beispielsweise die Frage offen, wesshalb es bei der stets vorhandenen ikterischen Hautfärbung innerhalb des ganzen Jahres niemals gelungen ist, Gallenfarbstoff im Urin nachzuweisen. Der Fall steht aber bezüglich dieser Eigenthümlichkeit nicht isolirt da; sind doch Fälle beschrieben, bei denen sogar ein hochgradiger Ikterus lange Zeit im Urin jegliche Gallenfarbstoffausscheidung vermissen liess (Quincke, Hayem u. A.).

Die sich natürlicher Weise ergebende Frage, ob auch bei Hayem's Fällen des „Ictère splénomegalique" an eine Erklärung des Symptomencomplexes durch eine langdauernde paroxysmale Haemoglobinaemie gedacht werden dürfte, ist nicht zu beantworten.

Die in Levy's Dissertation niedergelegten Krankengeschichten gestatten nach dieser Richtung keine Schlüsse; sie enthalten keine Angaben, aus denen sich ein directer Hinweis auf haemoglobinaemische Anfälle ergäbe. Es ist anzunehmen, dass solche einem gerade auf dem Gebiete der Blutpathologie so hervorragenden Untersucher wie Hayem nicht entgangen wären. Aber auf der anderen Seite zeigt gerade unsere Beobachtung, wie selten es unter Umständen gelingen kann, einen Haemoglobinurieparoxysmus direct zu beobachten, und die blossen Angaben der Kranken über ihre Anfälle, mögen sie noch so typisch sein, lenken bei bestehendem dauernden Ikterus den Verdacht leicht auf eine falsche Fährte. Wenn ein solcher Kranker von Anfällen erzählt, die mit Schüttelfrost einsetzen und zu einer Verstärkung der Gelbsucht, sowie zu dunklerer Färbung des Urins führen, wird man stets geneigt sein, derartige Anfälle auf eine Lebererkrankung und speciell auf Gallensteinkoliken zu beziehen, um so mehr, als ja auch der Haemoglobinaemieparoxysmus mit mehr oder minder heftigen Schmerzen im Leibe beginnen kann. Hier liegt also eine wesentliche diagnostische Schwierigkeit, der gegenüber die Berücksichtigung des Milztumors bei intacter Leber auf's Nachdrücklichste betont werden muss. Uebrigens wird wohl erst von Obductionsergebnissen eine weitere Klärung zu erwarten sein, speciell bezüglich der Frage, ob bei einem Falle wie demjenigen unserer Beobachtung trotz der anscheinenden Intactheit der Leber nicht doch irgend welche Veränderungen dieses Organs bestehen.

Was die Prognose unseres Falles betrifft, so ist wohl die Annahme erlaubt, dass es sich hier um eine unheilbare Affection handelt. In diesem Punkte kommen wir zu gleichen Schlüssen, wie Hayem bei seiner Beobachtung, gerade so wie sich uns andererseits ergeben hat, dass die Affection trotz ihres ausserordentlich langen Bestandes zu keinen schweren oder bedrohlichen Folgeerscheinungen führte. Unserem Kranken macht nur der Milztumor Beschwerden, die sich aus der kolossalen Grösse des Organs rein mechanisch zur Genüge erklären, und die immerhin so unbedeutend sind, dass schon aus ihrer geringen Intensität auf ein ganz allmähliches Wachsthum der Milz geschlossen werden darf.

Die Behandlung unseres Patienten hat sich im Wesentlichen auch auf roborirende und tonisirende Maassnahmen zu beschränken; selbstverständlich wird auch auf Fernhaltung aller Einwirkungen zu achten seien, die bei dem Kranken „Anfälle" auslösen könnten. Die Darreichung von Jodkali und Arsen hatte keinen erkennbaren Erfolg.

Eine specielle und auch in theoretischer Beziehung sehr interessante Frage lässt der Milztumor zu. Soll das immens vergrösserte Organ etwa chirurgisch entfernt werden, wenn es durch seine Schwere dem Patienten in höherem Grade lästig werden sollte? Die Frage ist entschieden zu verneinen, wenn dieser Milztumor als spodogener aufgefasst werden darf, das heisst, wenn er entstanden ist durch die Aufnahme und weitere Umwandlung der bei den Haemoglobinaemieanfällen freiwerdenden Erythrocytentrümmer und Stromata. Während ja beim gesunden Menschen die Entfernung der Milz keine weitere Schädigung nach sich zieht, dürfte sich unter Voraussetzungen, unter denen das Organ besondere Functionen und eine intensive Inanspruchnahme derselben erfahren hat, seine Exstirpation nicht rechtfertigen lassen.

Aus der kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Greifswald.

Ueber die Behandlung von Gelenkergüssen mit heisser Luft.

Von Dr. Rudolf Klapp, Assistenzarzt.

Wenn wir es heute unternehmen, zur Resorption geeignete, also seröse und haemorrhagische Gelenkergüsse mit Wärme zu behandeln, so betreten wir damit keineswegs einen neuen therapeutischen Weg. In den letzten Jahrzehnten allerdings bei diesen Leiden selten angewandt, erfreute sie sich in früherer Zeit grosser Beliebtheit; die bemittelten Kranken schickte man in Thermalbäder wie Wildbad, Gastein etc., sonst waren der altmodische Breiumschlag, feuchte Einwickelungen und warme Bäder mit nachfolgendem Einschlagen in warme Tücher, also sog. Schwitzcuren, die gewöhnlichen Anwendungsformen. Den Einfluss der Wärme auf pathologische Transsudate hatte man also schon lange erkannt und dieselbe dort verwandt, wo es auf deren Resorption ankam.

Mit den Veränderungen, die unsere Anschauungen über physiologische Vorgänge und Abweichungen von ihnen durchmachten, verschwand, wie so viele der althergebrachten Mittel, auch die Wärme bei der Behandlung der Gelenkergüsse und räumte der Punction, der Compression und Massage das Feld.

Es verlohnte sich vielleicht nicht, die Wärmeanwendung der Vergessenheit zu entreissen, wenn wir nicht neuerdings in Form der trockenen Hitze ein bedeutend mächtigeres Mittel in die Hand bekommen hätten, und gerade darin, dass sie in Form der Umschläge nicht kräftig genug wirkte, muss man den Grund suchen, dass die Wärme als Heilmittel auf diesem Gebiete fast völlig aufgegeben war, und, wie ich zu beweisen gedenke, mit Unrecht.

Bei Ausübung der Heissluftbehandlung fand Bier[1]), der sie seit 1891 für chronische Gelenkleiden verwendet, eine grosse resorbirende Wirkung bei Oedemen etc. Er erklärte sie als Hyperaemiewirkung, und war es in der That eine solche, so lag die Erwartung nahe, dass sie sich auch anderen Transsudaten, wie den Gelenkergüssen gegenüber, als wirksam erweisen würde.

Es ist von vorneherein nicht leicht, an eine so tiefgehende Wirkung der Hitze zu glauben, dass Gelenkergüsse davon beeinflusst werden. Ein directes Eindringen der Hitze als solcher in die Tiefe ist auch ausgeschlossen, da Bier bei Temperaturmessungen während längerer Einwirkung von höheren Temperaturen mit einem in Fistelgänge eingeführten Maximalthermometer eine Steigerung von höchstens $^1/_{10}$—$^3/_{10}$° über die allgemeine Körpertemperatur fand.

Wenn wir nun aber in Schede's Abhandlung „Ueber die feineren Vorgänge nach Anwendung starker Hautreize, besonders der Jodtinctur" in Folge einer einmaligen Jodtincturpinselung eine so tiefgehende Wirkung der durch sie erzeugten Hyperaemie sehen, die zu einer Transsudation und Leukocytenauswanderung nicht nur in Haut und Unterhautzellgewebe führte, sondern sich zwischen den Muskeln, ja bis in's Periost und Mark hinein verfolgen lässt, wenn wir ferner hören, dass noch am 5.—6. Tage eine Auswanderung von Blutkörperchen stattfindet, dann können wir bei einem so bedeutend mächtigeren Mittel, wie es die Heissluftbehandlung darstellt, über eine bei Weitem eingreifendere Wirkung nicht zweifelhaft sein. Und so brauchen wir die Erklärung von reflectorischer Erweiterung der Gefässe in der Tiefe, wie sie von anderer Seite gegeben ist, nicht heranzuziehen und können uns mit der directen Verbreitung der Hyperaemie nach der Tiefe begnügen.

Heute ist wohl allgemein die Hyperaemieerklärung Bier's als die richtige anerkannt worden und die sonst versuchten, wie Hautableitung, directe Hitzewirkung, Wasserarmuth der Gewebe in Folge des Schwitzens, endgiltig aufgegeben. Gerade die letztere erfreute sich früher grosser Beliebtheit. Man legte auf die Schwitzcuren desshalb grossen Werth, ja, von einigen französischen Aerzten wurde allen Ernstes bei Hydarthros genu Tartarus stibiatus in grossen, Brechen, Durchfall und profuse Schweisse erzeugenden Dosen (20—80 cg pro die auf die Dauer von 14 Tagen) empfohlen. Immerhin ist es noch wahrscheinlicher, dass eine solche Gewaltcur mit ihrer grossen Entwässerung des ganzen Körpers resorbirend auf einen Gelenkerguss gewirkt hat, als bei der localen Anwendung der Hitze. Wenn hier auch eine vorübergehende Wasserarmuth der Nachbarschaft eines solchen Gelenkes eintreten sollte, so gleicht sich diese doch, besonders bei der starken Hyperaemie, sofort aus. Gegen die Resorptionswirkung des Schweisses spricht ferner der Umstand, dass andere, Hyperaemie erzeugende Mittel ebenfalls im Stande sind, einen Gelenkerguss zur Resorption zu bringen, ohne dass eine Spur von Schweiss verloren geht. So sagt Hueter[2]): „Mag auch der Glaube an die mächtige Wirkung der Vesicatore etwas kühn erscheinen, so findet er doch eine gewisse Stütze in der nicht seltenen Beobachtung des überraschenden Erfolges, welchen grössere Vesicatore bei Synovitis serosa erzielen".

Zur Erzeugung der trockenen Hitze gebrauchen wir einen Heizkasten, wie er von Bier in seiner neuesten Form in dieser Zeitschrift angegeben und beschrieben ist[3]). Neuerdings werden kunstvolle Kästen zur Erzeugung der heissen Luft verwandt, elektrische Apparate etc.; dieselbe Wirkung ist mit unserem einfachen Holzkasten zu erreichen, der noch den Vortheil der Billigkeit und damit allgemeinen Zugänglichkeit bietet.

Bei Angabe einer neuen Behandlungsweise ist es nun nicht leicht, eine genaue Festsetzung der Anwendung zu geben, vor Allem, da es sich in unserem Falle um grosse individuelle Schwankungen handelt.

Längere Zeit angewandt, stellt die Hitze immerhin höhere Anforderungen an den Kranken. Zudem treten dabei Oedeme auf, wie bei jeder starken und lange anhaltenden Hyperaemie. Solche Oedeme, die auch Nachts, wo sie der Hitze nicht ausgesetzt waren, nicht verschwanden, beobachtete Bier bei seinen ersten Versuchen, die Gelenktuberculose mit arterieller Hyperaemie zu behandeln, bei welcher er eine tägliche Heizung von 8—10 Stunden anwandte. Als er dann den chronischen Gelenkrheumatismus mit heisser Luft behandelte, fand er eine 1 bis 2 stündliche Anwendung für am günstigsten und diese haben wir auch bei den Gelenkergüssen beibehalten. Auch bei zu hohen Hitzegraden — über 140—150° — beobachteten wir Oedeme und sogar Steigerung des Exsudats, sowohl bei Kranken, wie bei den weiter unten angeführten Thierversuchen. Wir setzen die Gelenke also täglich 1—2 Stunden einer Hitze von 120—150° aus.

Bei dieser Anwendung ist man erstaunt über die gewaltige Abnahme der Ergüsse in den ersten Tagen. Oft konnte an jedem der ersten 3 Tage eine Umfangsverminderung um 1 cm constatirt werden, und eine wie grosse Resorption setzt eine Umfangsverminderung um 3 cm voraus!

In mehreren Fällen trat dann nach anfänglicher rapider Abnahme ein Stillstand ein. Ein solcher tritt scheinbar schon sehr bald ein, und das erklärt sich daraus, dass, je kleiner der Erguss wird, desto weniger resorbirt wird, denn die Resorptionsenergie wird durch die Spannung in der Kapsel sehr beeinflusst und ist ihr sozusagen proportional, dazu kommt noch, dass die Haut auf den ungewohnten Reiz der Hitze zuerst mit einer grösseren Hyperaemie antwortet als später. Wenn desshalb die Abnahme des Ergusses später auch langsamer vor sich geht, so soll sie bei dieser Behandlung doch stetig sein. Kleinere Unterschiede körperlicher Gegenstände können wir bei der Unvoll-

[1]) Behandlung chirurg. Tuberculose. Kiel und Leipzig 1893.

[2]) Hueter: Klinik der Gelenkkrankheiten. Leipzig 1870.

[3]) Bier: Münch. med. Wochenschr. No. 31, 1898 und No. 48/49 1899.

kommenheit der Längenmaasse nun nicht messen und sind dann mehr auf die subjective Abschätzung des Inhalts angewiesen.

Auf den Unterschied zwischen diesem scheinbaren und dem wirklichen Stillstand mache ich bei ähnlichen Erfahrungen am Krankenbett aufmerksam. Letzterer tritt durch die übergrosse Inanspruchnahme, die Ueberfüllung und Verstopfung der Lymphwege ein, wie man ihn ja auch bei der Massage annimmt und desshalb der Ausstreichung, der „Effleurage" besondere Bedeutung beilegt.

Man kann nun in einem solchen Falle ohne jedes andere Mittel auskommen, wenn man Ruhetage einschiebt und den Lymphbahnen Zeit lässt, sich ihres Inhaltes zu entledigen. Dasselbe erreicht man mit Hochlagerung des Beins bei Kniergüssen, womit man einmal ausserordentlich günstige Strömungsverhältnisse schafft und ferner die Druckverhältnisse im Knie erhöht. Auch die Massage würde hier am Platze sein; sie ist von uns jedoch nicht gebraucht, da es uns darauf ankam, vorerst reine Wirkungen zu sehen und zu versuchen, ob mit der Hitze allein die völlige Resorption eines Ergusses möglich sei.

Im Folgenden will ich kurz die Krankengeschichten anführen, die trotz ihrer geringen Zahl genügende Beweiskraft besitzen, da es sich zum Theil um sehr grosse, einige verschiedentlich vergeblich behandelte Gelenke handelt.

1. Der 65 jähr. Kuhfütterer S. stürzte vor 8 Tagen auf einer Steintreppe und hat seitdem einen Bluterguss im rechten Knie. Die Kniemaasse sind: R 42, 41,5, 39; L 37, 36,5, 35. Die bestehenden Schmerzen verschwinden nach einer Sitzung. Am 7. Tage sind die Kniemaasse: R 37, 36,5, 35,5. Am 9. Tage ist der Erguss resorbirt, er steht sofort ohne Beschwerden auf, er wegt sich frei und ohne Schmerzen.

2. Der Eigenthümer G., 60 Jahre, bekam vor 3 Wochen einen rheumatischen Anfall mit Anschwellung des rechten Knies. Der seröse Erguss wurde 2 mal vergeblich punctirt. Das kranke Bein kann mit dem gesunden nicht verglichen werden, da letzteres im Wachsthum in Folge einer als Kind erlittenen Verletzung zurückgeblieben ist. Die Kniemaasse sind: R 40, 38,5, 36,5; L 33¼, 34¼, 32,5. Wegen des sehr grossen, prallen Ergusses kann das rechte Knie nicht ganz bis zu 1 R gebeugt werden. Die Schmerzen verschwinden nach wenigen Sitzungen. Nach 3 Tagen R 37, 31,5, 35. Die Resorption schreitet dann langsamer fort. Da G. gern schnell nach Hause will, wo er nöthig ist, wird eine Compression angelegt, die jedoch nach 24 Stunden wegen der sich wieder einstellenden heftigen Schmerzen gelöst werden muss. In Folge der Druckverminderung stellt sich eine erneute grössere Füllung des Ergusses ein. Trotzdem ist bei nun wieder eingeleiteter Wärmeapplication am 28. Tage der Erguss resorbirt, das Knie völlig frei und schmerzlos beweglich.

3. Der Arbeiter P. leidet an einem Bluterguss in das l. Knie, den er sich bei einem heftigen Sturz auf eine steinerne Kellereinfassung am Tage vorher zugezogen hat. Der Erguss verschwand in 8 Tagen unter der Heizung, dagegen bestanden die Schmerzen unter dem Einfluss einer Periostitis des Condyl. int. femoris noch einige Zeit fort.

4. Der 16 jähr. Lehrling H. leidet an einem traumatischen Erguss in das rechte Knie, welches vor 3 Tagen von einem umstürzenden Eichenstamm so heftig getroffen wurde, dass er umfiel und fortgetragen werden musste. Die Kniemaasse sind: R 36, 37, 32; L 31, 33, 31. In 14 Tagen erfolgte unter Hitzeanwendung völlige Resorption des grossen Ergusses. Das Knie ist vollkommen beweglich und schmerzlos.

5. Der Arbeiter A., 47 Jahre alt, leidet an einem 1 Jahr lang bestehenden, grossen Erguss mit Kapselverdickung im rechten Kniegelenk, der sich in Folge von Rheumatismus eingestellt haben soll. Kniemaasse: R 41, 38,5 35,5; L 34,5, 35,5, 34,5. Am dritten Tage betrugen sie nur noch 38, 37, 34,5. Am 30. Tage ist der Erguss resorbirt, die Kapselverdickung zum grössten Theil verschwunden. Das Knie kann völlig und schmerzlos gebeugt werden, dagegen besteht noch eine Unbeholfenheit beim Gehen, er ist desshalb noch in Behandlung.

6. Der 27 jähr. Knecht B. hat sich vor 8 Tagen durch einen Sturz einen Erguss in's rechte Knie zugezogen. Er ist schon mit Punction und Jodoformglycerininjectionen anderweitig behandelt, aber ohne Erfolg. Kniemaasse: R 36,5, 35¾, 34; L 31, 31,5, 31,5. Am 13. Tage ist der Erguss verschwunden, er steht ohne Beschwerden auf.

Die Heissluftbehandlung ist noch bei 4 weiteren, kleineren Kniegelenksergüssen angewandt, die alle nach wenigen Tagen zurückgingen. Die Krankengeschichten bieten nichts Besonderes.

Es ist uns mithin in allen Fällen mit alleiniger Anwendung des Heizkastens und zeitweiser Hochlagerung gelungen, die Ergüsse zur Resorption zu bringen. Ohne Zweifel wird man durch Combination mit einem der anderen Mittel, vor Allem der Massage, die Behandlungsdauer noch abkürzen können. Jedenfalls stellt die Behandlung mit Hitze jetzt schon, wo sie noch in ihren Kinderschuhen steht, eine Verbesserung in der Therapie der Gelenkergüsse dar. Von den anderen gebräuchlichen Mitteln halte ich für am wenigsten brauchbar die Compression wegen der Fixation auf einem Brett, der dadurch eintretenden Steifigkeit und der Nothwendigkeit, für lange Wochen die Compression zu tragen. Da die Punction mit Compression nachbehandelt wird, gilt für sie dasselbe. Ihnen gegenüber hat die Heissluftbehandlung den grossen Vortheil, dass die Gelenke nicht ruhig gestellt zu werden brauchen, wir lassen sie ruhig bewegen und halten das sogar für ganz günstig für die Resorption, da letztere durch Druckveränderungen theoretisch beschleunigt werden soll und wir auch niemals Nachtheile, sondern nur Vortheile gesehen haben, die vor Allem in der Schmerzlosigkeit und Bewegungsfreiheit bestehen. Gerade durch die letzteren, gegen welche vor Allem von der Compression gesündigt wird, erklärt sich die grosse Zufriedenheit der Patienten mit dieser Behandlung. Man kann sie desshalb mit gutem Gewissen für alle serösen und haemorrhagischen Ergüsse empfehlen; ob sich nun alle Ergüsse dafür eignen, ist abzuwarten. Zu warnen ist vor ihrer Anwendung bei tuberculösen Gelenkleiden, die, wie Bier schon in seinen ersten damit angestellten Versuchen feststellen konnte, sich gar nicht für Hitzebehandlung eignen; sie haben nicht nur keinen Erfolg, sondern ziehen sogar oft eine Verschlimmerung nach sich.

Auch bei anderen Erkrankungen haben wir gute Erfolge mit der Heissluftherapie zu verzeichnen. Wir sehen vor Allem Oedeme nach mit Dislocation geheilten Fracturen in kurzer Zeit verschwinden, die lange festgestellten Gelenke werden beweglich und schmerzfrei, so dass die Wärme sich zur Nachbehandlung nach Verletzungen vorzüglich eignet und ihr gerade auf diesem Gebiete vielleicht eine grosse Rolle für die Zukunft zufallen wird. Blasse und schlaffe Granulationen werden unter dem Einfluss der Hitze in wenigen Sitzungen hochroth und lebenskräftig. Bier sah sogar starke arterielle Blutungen aus Granulationen, welche längere Zeit der Hitze ausgesetzt waren, in den Zwischenpausen erfolgen. Auch bei einigen Ulcera cruris, sogar einem luetischen, das sehr hartnäckig war, trat der günstigste Erfolg ein. Bei der Behandlung einiger Fälle von Ischias, für welche auch Eulenburg[4]) die Heissluftapparate empfohlen hat, sahen wir Heilung eintreten und können nur zu Versuchen in dieser Richtung rathen.

Im Anschluss möchte ich über einige Thierversuche berichten, die ich mit der Heissluftbehandlung angestellt habe. Ich halte dieselben in mehrfacher Beziehung für wichtig. Einmal erwies sich bei ihnen die grosse Resorptionskraft der Hitze als sehr wirksam und ferner kann man nach diesen Versuchen nicht mehr zweifelhaft sein, dass der Erfolg in der That einer Hyperaemiewirkung zuzuschreiben ist.

Die Versuchsanordnung machte ich in der Weise, dass ich als Parallelen die von Wegner[5]) ausgeführten und allgemein als giltig anerkannten Versuche über die physiologische Resorptions- und Transsudationsfähigkeit des Bauchfells nahm. Nach Einspritzung der verschiedenen Flüssigkeiten in die Bauchhöhle wurden die Thiere entweder sofort oder erst nach einiger Zeit der Hitze ausgesetzt und zwar nur an dem vorher kurz geschorenen Bauch, indem die Thiere in den Heizkasten gesteckt wurden und das Mosetigbattist an den Bauchgrenzen oben und unten herumgebunden wurde, so dass in der That nur der Bauch der Hitze ausgesetzt war. Man muss an den Berührungsstellen mit dem Battist die Haut durch zwischengesteckte Watte schützen, da dieses die Hitze viel besser leitet als die Luft im Kasten und die Thiere durch den Verbrennungsschmerz unruhig macht.

Die Anwendungszeit wie die Höhe der Hitzegrade ergibt sich aus den einzelnen Versuchen.

Im Voraus bemerke ich, dass sich, wie oben schon erwähnt, bei allen Heizversuchen eine mehr oder weniger starke Hyperaemie der Serosa des Darms, der Bauchwand und des Centrum tendineum zeigte. Ich erwähne dies schon hier, um die Wiederholung für jeden einzelnen Versuch zu vermeiden.

Noch Eines muss ich vorausschicken.

Wegner konnte nach seinen Thierversuchen die normaliter vorhandene Resorptionskraft des Bauchfells bei Kaninchen, deren auch ich mich ausschliesslich bedient habe, in der Stunde auf 3,3—8 Proc. des ganzen Körpergewichts feststellen und fand, dass dieser Resorption eine Transsudationsfähigkeit von unge-

[4]) A. Eulenburg: Zur Therapie der Ischias. Ther. d. Gegenwart 1899, No. X.

[5]) Chirurg. Bemerkungen über die Peritonealhöhle etc. Langenbeck's Arch. XX.

fähr derselben Energie, von 4,3—8,28 Proc. des Körpergewichts gegenübersteht. Wie diese weiten Grenzen schon zeigen, besteht in Bezug auf die Resorptions- und Transsudationsnergie eine grosse individuelle Verschiedenheit unter den Kaninchen. Mit einer solchen haben wir es nun auch bei der Heizung zu thun, so dass wir also mit 2 individuell schwankenden Factoren zu thun haben.

Man kann nun nicht erwarten, dass bei allen geheizten Thieren die Resorption das höchste von Wegner für normale Verhältnisse gefundene Maass übersteigt, d. h. mehr als 8 Proc. in der Stunde resorbirt wird. Nehme ich z. B. ein Kaninchen, dessen höchste Leistung unter normalen Verhältnissen eine Resorption von 4 Proc. des Körpergewichts ist, so kann ich mit der Heizung nicht ein Ansteigen dieser Leistung um weitere 4 Proc. oder noch mehr mit Sicherheit erwarten. Ich verzichte desshalb auf die Anführung der Versuche, in denen es mir nicht gelungen ist, 8 Proc. des Körpergewichts an Resorption zu übersteigen, da mir mit Recht bei einem Zurückbleiben unter 8 Proc. entgegengehalten werden könnte, dass auch unter physiologischen Verhältnissen soviel resorbirt werden könne. Nichtsdestoweniger nehme ich nach der Sicherheit, mit der ich bei ganz einwandfreien Versuchen unter der Heissluftthyperaemie die Resorption habe steigen sehen, diese Steigerung auch für die nicht angeführten Versuche an, von denen ich nur erwähnen will, dass ich bei keinem unter 6 Proc. Resorption beobachtet habe. Ich beschränke mich desshalb mit wenigen Ausnahmen auf solche Versuche, wo ich nicht auf diese weiten, physiologischen Grenzen angewiesen bin, sondern auf solche, wo physiologischer Weise eine Transsudation eintreten sollte, nach Anwendung der trockenen Hitze jedoch eine starke Resorption zu Stande kommt.

Wiederholung von Wegner's Versuch.

Einem 1500 g schweren Kaninchen werden 10 Proc. des Körpergewichts = 150 g physiologischer Kochsalzlösung in die Bauchhöhle gespritzt. Nach 1 Stunde fanden sich 90 ccm im Bauch. Also resorbirt 60 ccm = 4 Proc. des Körpergewichts.

Parallelversuch mit Heizung.

Einem 57 g schweren Kaninchen wurden 10 Proc. des Gewichts = 275 physiol. Kochsalzlösung in die Bauchhöhle gespritzt. Heizung 25 Minuten, mittelstark, — 140°. Nach einer Stunde ist die Bauchhöhle vollkommen leer, also die Resorption = 10 Proc. des Körpergewichts.

Denselben Versuch habe ich noch einmal mit demselben Erfolge ausgeführt.

Einem 2750 g schweren Kaninchen wurden 10 Proc. des Körpergewichts physiologische Kochsalzlösung injicirt. Heizung 35 Min. bis 110°. In der Bauchhöhle fand sich nach 1 Stunde 260 ccm. Also resorbirt 240 = 9,7 Proc. des Körpergewichts.

Ich hatte in diesem Falle sehr viel eingespritzt, weil in den beiden vorigen Fällen die sämmtlichen 10 Proc. resorbirt waren und da ich eine unbeschränkte Menge der Resorption aussetzen wollte. Der Einwurf, dass die Erhöhung der Resorption über das physiologische Maass durch die grosse Spannung hervorgerufen sein könne, trifft nicht zu, da Wegner trotz derselben die Resorption nicht über 8 Proc. steigern konnte.

Die Spannung hat jedenfalls einen grossen Einfluss auf die Resorptionsintensität. Wegner gibt dafür folgendes Beispiel: Spritzt man 200 ccm ein, so werden 154 ccm resorbirt; spritzt man dagegen nur 100 ccm ein, so werden diese nicht resorbirt, sondern ein Aliquantum, etwa 50—60 ccm, der Rest bleibt in der Bauchhöhle längere Zeit liegen.

Ein Controlversuch hat mir das bestätigt.

Durch die Heissluftanwendung gestaltete sich die Resorption in 2 Fällen folgendermaassen:

1. Injection eines 1500 g schweren, anscheinend kranken Kaninchen mit 100 ccm physiol. Kochsalzlösung. Es wird 25 Minuten geheizt. Nach 1 Stunde fanden sich in der Bauchhöhle 25 ccm, also selbst bei diesem kranken Kaninchen war die Resorption gesteigert.

2. Einem 2225 g schweren Kaninchen werden 100 ccm physiol. Kochsalzlösung eingespritzt. Heizung 25 Minuten. Nach 1 Stunde war Alles resorbirt.

In den nun folgenden Versuchen prüfte Wegner die Transsudationsfähigkeit des Bauchfells. Er spritzte zu diesem Zwecke Stoffe von hohem diosmotischen Aequivalent, wie concentrirte Zuckerlösung, Glycerin, menschlichen Urin, ein und fand, dass in einer Stunde eine Flüssigkeitsmenge ausgeschieden werden kann, die 4,3—8,28 Proc. des gesammten Körpergewichts beträgt. Von vornherein war es nun zweifelhaft, ob die Resorption oder Transsudation von der Heissluftthyperaemie in diesen Versuchen beeinflusst würde, da der Hyperaemie für gewöhnlich eine steigende Beeinflussung physiologischer Vorgänge, eine Beschleunigung normaler Processe zugeschrieben wird. Auch insofern sind die folgenden Versuche interessant.

Wegner's Versuch. Einem 1840 g schweren Kaninchen werden 20 ccm concentrirter Zuckerlösung injicirt. Im Abdomen findet sich nach 1 Stunde 100 ccm eiweisshaltiger, röthlich gefärbter, salzig und in sehr geringem Grade süsslich schmeckender Flüssigkeit, also in 1 Stunde 80 ccm Transsudat = 4,3 Proc. des Gesammtkörpergewichts.

Controlversuch ohne Heizung. Einem 1560 g schweren Kaninchen werden 20 ccm concentrirter Zuckerlösung injicirt. Nach 1 Stunde in der Bauchhöhle 110 ccm eiweisshaltiger, etwas trüber Flüssigkeit, also Transsudat 90 ccm = 5,7 Proc.

Heizversuch. Einem 1900 g schweren (also etwa von demselben Gewicht wie in Wegner's Versuch) Kaninchen werden 20 ccm concentrirter Zuckerlösung eingespritzt. Es wird 20 Minuten mittelstark geheizt, bis 120°, nach 1 Stunde getödtet. In der Bauchhöhle finden sich 50 ccm einer eiweisshaltigen, röthlich-trüben Flüssigkeit. Die Transsudation ist also entweder gehemmt oder die Resorption gesteigert. Eine Verringerung des Bauchinhalts um die Hälfte gegen den der Controlversuche ist jedenfalls sehr bemerkenswerth.

Wegner's Versuch. Einem 1790 g schweren Kaninchen werden 120 ccm frisch gelassenen, menschlichen Urins injicirt. Nach 3 Stunden getödtet; in der Bauchhöhle 140 ccm farbloser, klarer, eiweisshaltiger Flüssigkeit.

1. Heizversuch. Einem Kaninchen von 3000 g Gewicht, auf dessen Gesundheit und Munterkeit ich besonders aufmerksam mache, werden 150 ccm frischen Urins injicirt. Nach 1½ Stunden wird es 20 Minuten bis 150°, also ziemlich stark geheizt. Gegen Schluss der Zeit beginnt es matt zu werden und krampfhafte Zuckungen zu machen. Aus dem Kasten genommen werden diese Bewegungen fortgesetzt und unter solchen stirbt es 5 Minuten später, also 1 Stunde 50 Minuten nach der Einspritzung. Es tritt sofort starke Todtenstarre ein. In der Bauchhöhle finden sich 78 ccm einer trüben, röthlichen, eiweisshaltigen Flüssigkeit.

Die Resorption ist hier anscheinend zu gross gewesen und zu schnell vor sich gegangen, so dass der in grossen Mengen resorbirte und in's Blut eintretende Urin durch toxische Wirkung den Tod herbeiführte.

2. Heizversuch. Einem 3000 g schweren Kaninchen werden 150 ccm Urins (von demselben Mann entnommen wie bei Versuch 1) eingespritzt. Sofort nach der Einspritzung kommt es für 25 Minuten in den Heizkasten (Temperatur bis 120°). Nach anfänglicher Mattigkeit erholt es sich wieder etwas. Nach 3 Std. finden sich 70 ccm trüber, eiweisshaltiger Flüssigkeit in der Bauchhöhle.

Also auch in diesen Versuchen wurde statt der, nach der früher gangbaren Ansicht über die Wirkung der Hyperaemie erwarteten Transsudation eine starke Resorption beobachtet.

Es ist mir nun auch gelungen, die Transsudation anzuregen und zwar durch sehr hohe Hitzegrade. Es entspricht das den am Krankenbett gemachten Erfahrungen über Oedembildung und Steigerung der Exsudate in den Gelenken nach Anwendung hoher Hitzegrade oder grosser zeitlicher Application. Wir sind also gezwungen, die Transsudation jedenfalls als den schwerer hervorzurufenden Vorgang anzusehen, der erst bei Anwendung intensiverer und längerer Hitzeeinwirkung und damit Erzeugung höheren Hyperaemiegrades zu Stande kommt.

Parallelversuch. Einem 1500 g schweren Kaninchen werden 50 ccm einer frisch gewonnenen, warmen Hydrocelenflüssigkeit injicirt. Nach 1 Stunde war in der Bauchhöhle ca. 4 ccm blutig-seröser Flüssigkeit enthalten.

Versuch mit Heizung. Von derselben Hydrocelenflüssigkeit wird einem gleich grossen Kaninchen dieselbe Menge eingespritzt. Es wird 25 Minuten sehr starker Hitze (bis 180°) ausgesetzt. Nach einer Stunde fand sich in der Bauchhöhle 16 ccm blutig-seröser Flüssigkeit. Die Analogie mit den Erfahrungen an Patienten lässt mich annehmen, dass es sich um eine Transsudation handelt und nicht um gehemmte Resorption.

Es sind mithin recht beachtenswerthe Erfolge, welche diese Versuche gezeitigt haben und der Einfluss der Heissluftthyperaemie auf die Anregung der Resorptionskraft des Bauchfells ist wohl zweifellos. Und wenn sich die Erfolge der Thierexperimente auch am Krankenbett bewähren, so bietet sich uns eine Aussicht auf günstige Beeinflussung mancher Bauchfellerkrankungen dar.

Jedenfalls scheint aus den obigen Krankengeschichten hervorzugehen, dass die Heissluftbehandlung die wirksamste der jetzt gebräuchlichen Behandlungsmethoden der serösen und blutigen Kniegelenksergüsse darstellt.

Nach Abschluss dieser Versuche ersehe ich aus dem neuesten Heft der Monatsschrift für Unfallheilkunde, dass Thiem ausser zahlreichen anderen Erkrankungen auch 2 traumatische Kniegelenksergüsse in Verbindung mit Fangobädern und Packungen mit heisser Luft erfolgreich behandelt hat, während er bei einer chronischen Kniegelenksentzündung mit Kapselverdickung und Lockerung der Bänder nur einen Nachlass der Schwellung erzielen konnte.

Auch Thiem konnte die Beobachtung Bier's bestätigen, dass die active Hyperaemie, welche die Hitze hervorruft, ungünstig auf tuberculöse Gelenkentzündungen einwirkt. Thiem glaubt sogar, dass eine Zunahme der Schmerzhaftigkeit und Schwellung geradezu von differentialdiagnostischer Bedeutung für die Tuberculose der Gelenke anzusehen sei.

Herrn Professor Bier erlaube ich mir auch hier für seine gütige Unterstützung bei der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Ein Fall von idiopathischer Erweiterung des Oesophagus im unteren Abschnitt.

Von Dr. Guttentag in Stettin.

Circumscripte Stenosen chronischer Natur am Verdauungsschlauch haben fast regelmässig Erweiterungen des darüber gelegenen Abschnitts mit muscnlärer Hypertrophie seiner Wandung zur Folge. Oberhalb eines chronischen Hindernisses der Darmpassage ist die zuführende Schlinge erweitert und die Musculatur hypertrophisch; bei einer chronischen Stenose des Pylorus besteht meist, wenn nicht etwa der Magenkörper selbst erkrankt ist, eine Magenerweiterung mit Muskelhypertrophie, besonders am Pylorusabschnitt. Analoge Verhältnisse finden sich am Oesophagus. Oberhalb eines Carcinoms entwickelt sich auch im Oesophagus öfters einmal eine Ektasie mit hypertrophischer Muscularis. Diese Hypertrophie der Musculatur ist die erste Folge des gesteigerten Widerstands der Passage: eine reine Arbeitshypertrophie. Erst wenn die Muscularis erlahmt, kommt es zur Dehnung, zur Ektasie, in der sich der Inhalt anstaut. Diesen typischen Fällen stehen, allerdings erheblich seltener vorkommend, Fälle von Erweiterung einzelner Abschnitte des Verdauungsapparats gegenüber, die nicht durch eine tiefer gelegene Stenose bedingt sind. Diese können angeboren sein; dann ist ihre Musculatur, die ja auch dauernd vermehrte Arbeit zu leisten hat, hypertrophisch. Oder die Erweiterung ist eine secundäre, erworben durch idiopathische Schwäche des Nervmuskelsystems, die intra vitam im Anschluss an eine Schädigung irgend welcher Art sich geltend macht. Solche Ektasien ohne tiefer liegende Stenose scheinen am häufigsten am Magen und am Kolon [1]) vorzukommen; an diesem sind die angeborenen, an jenem die erworbenen bekannter. Auch am Oesophagus sind Fälle von Erweiterung ohne tiefersitzende Stenose beobachtet worden, und zwar angeborene und erworbene. Im v. Ziemssen'schen Handbuch finden sich 18 derartige Fälle zusammengestellt. Seitdem hat sich die Zahl dieser Fälle etwa verdoppelt. 14 weitere Fälle hat Netter [2]) aus der Literatur zusammengestellt und fügt ihnen einen weiteren Fall aus der Praxis Fleiner's an. Fleiner selbst hat in seinem Lehrbuch schon einen Fall von angeborener Erweiterung des Oesophagus mitgetheilt und 2 weitere Fälle erworbener Oesophagusektasie neben einem Sectionsresultat veröffentlicht [3]). Schmidt [4]), Cremer [5]), Schwörer [6]), Jaffé [7]) haben je einen Fall erwähnt bezw. demonstrirt. 2 Sectionspräparate der Sammlung des Göttinger pathologischen Instituts beschreibt Wibrecht [8]), der auch noch 4 Fälle aus der französischen Literatur [9]) anführt. Aus der englischen Literatur sei ein Fall von Rose [10]) erwähnt. Den letzten Fall hat Westphalen in St. Petersburg besprochen [11]).

In der Mehrzahl dieser seit dem Erscheinen des v. Ziemssen'schen Handbuches veröffentlichten Fälle wird man aber die Diagnose „Oesophagusektasie ohne veranlassende Stenose" nur mit der Einschränkung gelten lassen können, dass es sich in ihnen nicht um eine anatomische Verengerung, etwa um eine Neubildung oder eine Narbe unterhalb der Erweiterung gehandelt hat. Zweifellos aber hat in dem grössten Theil dieser Fälle ein Spasmus der Cardia ein Hinderniss für die Passage und damit die Ursache für die Erweiterung im zuführenden Oesophagusabschnitt abgegeben. Spasmus der Cardia sei hier im weiteren Sinne des Wortes gebraucht, sei es, dass es sich um eine krampfhafte Contractur der Cardiamusculatur oder um das Fehlen der reflectorischen Erschlaffung derselben im Anschluss an den Schluckact (Openchowski [12]) u. A.) gehandelt haben mag. Allerdings ist die Diagnose „Cardiaspasmus" nicht immer mit Sicherheit zu stellen. Man kann nur dann von Cardiaspasmus sprechen, wenn ein Wechsel der Durchgängigkeit beim Schlucken besteht, wenn die Sondirung stets oder fast stets ein Hinderniss findet, und wenn die Cardia sich um die in den Magen eingedrungene Sonde wieder fest zusammenzieht. Die Unmöglichkeit, mit der Sonde in den Magen zu gelangen, allein für sich, spricht, wie Netter [13]) treffend bemerkt, noch nicht für Spasmus (selbstverständlich mit Ausschluss aller anderen Ursachen für das Passagehinderniss). Denn gerade bei der Oesophagusektasie sind die anatomischen Verhältnisse oberhalb der Cardia derartig verändert, dass die Sondirung sehr wohl einmal unmöglich werden kann. Der directen Betrachtung der Cardia im Oesophagoskop wird man eine ausschlaggebende Bedeutung für die Diagnose des Cardiaspasmus heut noch nicht zuerkennen können. Die rosettenartige Anordnung der Falten, die an den höheren Partien des Oesophagus für Spasmus spricht [14]), stellt an der Cardia den normalen Befund dar [15]). Die Autopsie vollends kann nur in Ausnahmefällen [16]) zur Klärung der Diagnose beitragen.

Aber selbst mit Berücksichtigung dieser Erwägungen werden wir nicht umhin können, in der Mehrzahl der seit dem Erscheinen des v. Ziemssen'schen Handbuches publicirten Fälle einen Cardiaspasmus als Ursache für die Ektasie des Oesophagus anzunehmen. Mermod [17]), Leichtenstern [18]), Meltzer [19]), Rumpel [20]) in seinem 2. Falle, Maybaum [21]), Schwörer [22]), Rose [23]), Westphalen [24]) halten selbst den Cardiaspasmus in ihren Fällen für die Ursache der Oesophagusdilatation. Bei Beurtheilung des Strümpell'schen Falles [25]) entscheidet sich Leichtenstern ebenfalls für Cardiaspasmus. Einhorn [24]) nimmt für seinen Fall das Fehlen der reflectorischen Erschlaffung der Cardia als Ursache der Oesophaguserweiterung an. Unklar ist die Aetiologie in dem Falle Hölder's [25]), bei dem ein Hinderniss für die Sondirung bestand und bei der Autopsie neben anderen pathologischen Veränderungen im Magen 5 runde Geschwüre gefunden wurden. Unklar ist auch die Aetiologie im 1. und 3. Falle Rumpel's [26]), den beiden Fällen Fleiner's, dem Falle Jaffé's, bei dem eine rhachitische Skoliose und Verbiegung des Proc. xiphoideus nach innen bestanden und wohl zur Erschwerung der Passage beigetragen haben. In den 4 Fällen von Faure findet sich keine Angabe über das Verhalten der Cardia intra vitam. Ein sicherer Fall von Oesophagusdilatation ohne Cardiaspasmus ist der erste von Wibrecht; nie war bei ihm ein Hinderniss für die Sondirung. Bei der Autopsie fand sich die Muscularis des erweiterten Theils hypertrophisch. W. hält desshalb die Dilatation in seinem Falle für congenital. Es ist aber auch in einem einschlägigen Falle von Klebs [27]) Verfettung der Musculatur beschrieben, und Stern [28]) hat in der Musculatur Spalten zwischen den Fasern gefunden, als wenn sie stark auseinandergedrängt wären. Endlich ist der Fall Netter's ein Fall von Oesophagusdilatation ohne Cardiaspasmus.

Derartiger Fälle ist also nur eine ganz verschwindend kleine Zahl publicirt worden. Die Veröffentlichung eines weiteren

[1]) Bollinger: Berl. klin. Wochenschr. 1898, No. 46.
Griffith: Americ. journ. of the med. sc., Sept. 1899. Ref. in Med. d. Geg. 1899, Heft 10.
[2]) Netter: Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 4. 1898.
[3]) Fleiner: Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 7.
[4]) Schmidt: Berl. klin. Wochenschr. 1898, No. 46.
[5]) Cremer: Ebenda.
[6]) Schwörer: Deutsch. med. Wochenschr. 1899, Ver.-Beil. No. 31, S. 189.
[7]) Jaffé: Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 15.
[8]) Wibrecht: Inaug.-Dissert. Göttingen 1897.
[9]) M. Faure: Thèse 1894.
[10]) Rose: The Post-Graduate, Dec. 1898. Ref. Arch. f. Verdauungskrankh. 1899, Bd. 5.
[11]) Westphalen: Arch. f. Verdauungskrankh. 1899, Bd. 5.
[12]) Arkawin: Zeitschr. f. klin. Med. 1895, Bd. 28.
[13]) Netter: l. c.
[14]) Rosenheim: Deutsch. med. Wochenschr. 1899, No. 4.
[15]) v. Hacker: Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie 1898.
[16]) Leichtenstern: Deutsch. med. Wochenschr. 1891.
[17]) Mermod: Rev. med. de la Suisse rom. 1887; cit. bei Netter.
[18]) Leichtenstern: l. c.
[19]) Meltzer: Berl. klin. Wochenschr. 1888.
[20]) Rumpel: Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst.; cit. bei Netter.
[21]) Maybaum: Arch. f. Verdauungskrankh. 1896; cit. bei Netter.
[22]) l. c.
[23]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1891, Bd. 29.
[24]) Einhorn: Wien. med. Presse 1890; cit. bei Netter.
[25]) Hölder: Vereinsbl. Pfälzer Aerzte 1893; cit. bei Netter.
[26]) Rumpel: Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 15 u. 16.
[27]) Klebs: Handb. d. path. Anat., I. Bd., 1. Abth., p. 164; cit. bei Westphalen.
[28]) Stern: cit. bei Wibrecht.

Falles, den ich längere Zeit beobachten konnte, dürfte daher nicht ungerechtfertigt erscheinen.

Es handelt sich um einen 17jährigen Dreherlehrling W. L. aus Grabow, den Herr Prof. H. die Güte hatte mir zu überweisen. Von seinen Eltern weiss er nichts. Bis vor 5 Jahren war er völlig gesund. Damals begann seine Erkrankung mit einer Schluckstörung, während er Obst ass. Er verspürte Drücken, das sich bis zu Schmerzen steigerte, in der Brust. Er hatte das Gefühl, dass der Bissen nicht in den Magen gelangt sei. Nach einiger Zeit würgte er ihn wieder aus, worauf die Schmerzen nachliessen. Diese Beschwerden nahmen allmählich zu. Die Schmerzen fingen an, ihm die Luft zu benehmen. Bis die Speisen wieder hoch kommen, vergeht oft lange Zeit. So hat er Milch, die er früh getrunken hat, Abends ungeronnen ausgepresst. Auch bei Flüssigkeiten musste er in der letzten Zeit immer mehrmals schlucken, um die Speisen in den Magen zu schaffen; doch gelingt das nicht immer. Der Geschmack der hochkommenden Speisen ist unverändert.

Patient ist für sein Alter etwas klein, aber kräftig und gedrungen. Die allgemeine Untersuchung, wie die der Lungen, des Herzens, der Abdominalorgane, des Nervensystems ergibt normalen Befund. Weder auf dem Brustbein noch zwischen den Schulterblättern besteht eine Dämpfung. Das zweite Schluckgeräusch fehlt. Führt man bei dem Pat. einen weichen Magenschlauch ein, so lässt er sich mühelos 40 cm weit vorschieben. Es entleeren sich dann aus dem Schlauche regelmässig, auch wenn Pat. noch nüchtern ist, etwa 50 ccm fade riechenden Inhalts. Das Aussehen desselben ist verschieden; ausnahmslos aber ergab die häufige Untersuchung das Fehlen freier HCl (Congo negativ). Schiebt man nun die Sonde weiter vor, so gelangt man bei 48 cm an die Cardia, die regelmässig unter Anwendung leisen Drucks mit dem weichen Schlauch passirt wird. Alsdann entleert sich aus dem Magen, je nach der Art der vorhergegangenen Mahlzeit Inhalt, der stets freie HCl enthielt. Hin und wieder waren Reste früherer Speisen im Magen enthalten. Doch war diese motorische Störung nur scheinbar. Ihre Ursache lag vermuthlich in dem verspäteten Hinabsickern der Speisen aus dem Oesophagus. Denn eine exacte Mageninhaltsuntersuchung nüchtern und nach Probefrühstück liess keine wesentliche Störung der Motilität oder des Chemismus erkennen. Das Frühstück bestand in einer Tasse Thee und geriebener Semmel, die durch den Schlauch in den Magen gegossen wurden. Musste man auch auf diese Weise auf die makroskopische Beurtheilung des Inhalts verzichten, so war doch diese Methode die einzige, die es ermöglichte, das gewünschte Quantum schnell in den Magen zu befördern, um genau nach einer Stunde den Magen wieder auszuhebern. Auch die Aufblähung des Magens mit CO_2 ergab normale Ausdehnung und Lagerung. Die grosse Curvatur reichte bis zwei Querfinger breit oberhalb des Nabels. Bei einer Diaphanoskopie, die ich vornahm, in der Hoffnung, etwas über den Oesophagus zu erfahren, ergab sich bezüglich des Magens der gleiche Befund wie bei der Aufblähung.

Dass es sich bei dem Pat. um ein Reservoir im Oesophagus oberhalb der Cardia handelt, ist ohne Weiteres klar. Das ergibt sich daraus, dass Pat. im Stande ist, Speisen nach längerer Zeit wieder von sich zu geben, die in einem nicht erweiterten Oesophagus nicht Platz gehabt hatten, die andererseits nicht im Magen gewesen sind, da sie unverdaut sind und keine freie Säure nachweisen lassen, obwohl diese im Magen vorhanden ist. Letztere Thatsache spricht auch dagegen, dass es sich etwa um einen Sanduhrmagen handelt. Das Reservoir gehört also dem Oesophagus an und es entsteht die Frage nach der Art dieses Reservoirs. Ist es diffus oder nur auf den unteren Theil des Oesophagus beschränkt? Ist es eine gleichmässige, spindel- oder flaschenbauchförmige Ausweitung der Oesophaguswand oder ein Divertikel?

Die Entfernung von der Zahnreihe zur Cardia betrug 48 cm. Das ist etwa 8 cm über die Norm, zumal der Pat. klein ist. Also muss man eine Verlängerung des Oesophagus annehmen. Die gleiche Beobachtung haben Einhorn, Hölder, Rumpel gemacht. Aus dieser Verlängerung des Organs in toto zu schliessen, der ganze Oesophagus sei auch dilatirt, wäre aber falsch. Als charakteristisch für die diffuse Erweiterung, wie sie Westphalen beschreibt, ist das Ausfliessen des Inhaltes aus dem Oesophagus bei Horizontallage anzusehen, das den Pat. W.s zu dauerndem Husten und Würgen veranlasste, bis so viel von dem Inhalte des Oesophagus abgeflossen war, dass der Flüssigkeitsspiegel nicht mehr den Larynxeingang überragte. Davon ist in unserem Falle keine Rede. Im Gegentheil: Pat. muss stark pressen, wenn er den Sack der Speiseröhre ohne Einführung der Sonde entleeren will. Mit dieser wiederum gelingt die Entleerung des Reservoirs erst, wenn sie 40 cm weit vorgeschoben ist.

Es handelt sich also um eine auf den untern Abschnitt des Oesophagus beschränkte Ektasie. In diesem Gebiete sind nun in den letzten Jahren einige Fälle von Divertikel beschrieben worden[29]). Eine Methode, das tiefsitzende Divertikel von der spindelförmigen Ektasie unterscheiden zu können, stammt von Rumpel. In unserem Falle musste der Verdacht auf tiefsitzendes Divertikel ohne Weiteres fallen gelassen werden, da es ausnahmslos gelang, mit derselben Sonde erst den Rückstand im Oesophagus und dann den Magen nur durch weiteres Vorschieben der Sonde zu entleeren. Es gelang aber noch auf eine andere Weise, die Annahme einer spindelförmigen Erweiterung zur Gewissheit zu erheben.

Ich versuchte nämlich, die Capacität der Erweiterung festzustellen und benützte zu diesem Zweck den von Boas zur Oesophagusspülung angegebenen Apparat[30]). Derselbe besteht aus einer doppelläufigen Magensonde. Der innere Lauf endet in einen Condom, der auch den äusseren, wenn er aufgeblasen ist, luftdicht abschliesst. Der äussere Lauf hat kurz vor seinem Ende ein seitliches Fenster, durch das man Wasser in den Oesophagus einlaufen lassen kann. Ich führte das Instrument ein, so dass der Condom gerade in der Cardia sass, blähte ihn auf und liess durch den äusseren Lauf Wasser in den dilatirten Theil des Oesophagus fliessen. Hätte die Cardia fest um den Condom geschlossen, so hätte sich der Oesophagus mit Wasser füllen müssen und aus der Menge des verbrauchten Wassers hätte man auf die ungefähre Grösse der Sacks schliessen können. Die Cardia aber war, wiewohl der Condom nahezu ad maximum aufgebläht war, nachgiebig und hatte das Wasser zum Theil neben dem Condom in den Magen fliessen lassen. Durch einen nach der Entfernung des Apparats eingeführten Schlauch konnte ich wie immer etwa 50 ccm aus dem Oesophagus, den Rest durch Vorschieben der Sonde in den Magen entleeren. Wäre das Reservoir nun ein Divertikel, so hätte sich das Wasser, das aus der Oeffnung unmittelbar über der Cardia in den Oesophagus eintrat, nicht in ihm ansammeln können. Denn der Flüssigkeitsspiegel stieg im Oesophagus von der Cardia von unten her in die Höhe und hätte den klappenartigen Verschluss des Divertikels schliessen müssen. Ferner kann das Wasser aus dem Divertikel nicht sofort in den Magen weiterfliessen; viel mehr comprimirt das gefüllte Divertikel das Lumen des Oesophagus und verhindert dessen Durchgängigkeit. Es dürfte somit kein Zweifel an der Diagnose der gleichmässigen Erweiterung des unteren Oesophagusabschnittes bestehen. Bemerkt sei noch, dass eine Röntgenuntersuchung aus äusseren Gründen unterbleiben musste. Interessant wäre das Resultat einer Oesophagoskopie gewesen, die über den Zustand der Schleimhaut hätte Aufklärung geben können. Aber bei dem ersten Versuche der Oesophagoskopie producirte der Patient eine so ungewöhnliche Menge Schleim, dass ein Forciren derselben unthunlich schien und der Versuch abgebrochen wurde.

Was nun die Actiologie im vorliegenden Falle anlangt, so muss die Frage beantwortet werden: besteht Cardiaspasmus oder nicht? Von den oben angegebenen Merkmalen des Cardiaspasmus findet sich keines bei meinem Patienten. Weder bestand auffallender Wechsel der Schluckfähigkeit, noch der Sondirbarkeit, noch contrahirte sich die Cardia um die eingeführte Sonde. Im Gegentheil: es fiel auf, dass nach längeren Manipulationen beim Herausziehen und Wiedereinführen der Sonde gar kein Widerstand an der Cardia zu spüren war, und diese offen zu stehen schien. Auch das Einfliessen des Wassers in den Magen aus dem Oesophagus an dem aufgeblasenen Condom vorbei spricht gegen die Annahme spastischer Vorgänge an der Cardia. Dass man gleichwohl beim ersten Einführen des weichen Schlauchs an der Cardia einen leisen Druck anwenden musste, dürfte sich daraus erklären, dass die Sonde nicht wie beim normalen Verlauf des Oesophagus die Oeffnung der Cardia senkrecht traf, sondern entweder der Windung des Organs (Hölder) folgend, oder an der Wand des Sackes entlang gleitend (Einhorn) von der Seite her auf die Cardia stiess. Somit wird man zu der Annahme einer primären Oesophagusaffection gedrängt, von der man nur nicht aussagen kann, ob sie angeboren oder erworben sei, so lange uns die Autopsie nicht über den Zustand der Musculatur aufklärt: eine Hypertrophie derselben spräche für angeborene Erweiterung, eine Verdünnung für eine erworbene Schädigung derselben und secundäre Erweiterung. Man wird sich mehr zu letzterer Annahme neigen in Anbetracht des Auftretens der Erkrankung im 12. Lebensjahre. Nahe liegt die Vermuthung, der Knabe habe damals hastig halbgekaute Bissen des Obstes hinuntergewürgt, wobei es zu übermässiger Dehnung der Oesophagusmusculatur gekommen sei. Wie sich am Magen im Anschluss an eine acute Ueberladung eine Atonie und atonische Ektasie ausbildet, so mag sich hier durch acute Ueberdehnung eine Schädigung der

[29]) Mintz: Deutsch. med. Wochenschr. 1893.
Reitzenstein: Münch. med. Wochenschr. 1898.
Reichmann: Wien. klin. W. 1893; cit. bei Reitzenstein.
Kelling: Münch. med. Wochenschr. 1894; cit. ibidem.
Landauer: Centralbl. f. inn. Med. 1899. No. 16. Ref. Arch. f. Verdauungskrankh. 1899. Bd. 5.

[30]) Boas: Therapie der Gegenwart (Klemperer). N. F. No. 3, 1899.

Musculatur ausgebildet haben, die zur Stauung und Ektasie führte. Zum Verständniss dieses Vorgangs sei es gestattet, auf einen Fall Rosenheim's[31]) von Atonie des Oesophagus hinzuweisen. In diesem hatte sich im Anschluss an allgemeine Ueberanstrengung eine Schwäche der Oesophagusmusculatur entwickelt, durch die die Beförderung der Speisen im Oesophagus verzögert und schmerzhaft wurde. Die Sondirung gelang stets leicht; das 2. Schluckgeräusch fehlte meist oder war sehr leise. Das Oesophagoskop liess sich im unteren Oesophagus mehr als sonst verschieben. Die Schleimhaut daselbst war geröthet und geschwollen. 8 ähnliche Fälle soll Osgoot (cit. bei Netter) beschrieben haben. Dieses Krankheitsbild dürfte die Vorstufe zu dem unseres Patienten sein. Nimmt die Schwäche der Musculatur in solchen Fällen noch zu, so kommt es zur Stagnation und dann zur Ektasie. Einen leichteren Fall dieser Art stellt unser Patient dar, einen schwereren der Netter's.

Die subjectiven Beschwerden der Kranken mit gleichmässiger Erweiterung des unteren Oesophagusabschnitts sind zunächst die bei allen oesophagealen Erkrankungen wiederkehrenden: Schluckstörung, Schmerz und Athemnoth, die durch die stagnirenden Massen hervorgerufen werden, und das Emporwürgen unveränderter Nahrung. Aber aus der Zeit zwischen Nahrungsaufnahme und Wiederauswürgen, ferner aus der Menge des wieder herausbeförderten Inhalts wird man schliessen können, ob ein Reservoir vorhanden ist oder nicht. Das Fehlen des 2. Schluckgeräusches unterstützt nur die Annahme, dass die Fortbewegung der Speisen im Oesophagus eine Verzögerung erleide. Die Dämpfung zwischen den Schulterblättern nach Nahrungsaufnahme mag beweisend für das Vorhandensein eines Reservoirs im Oesophagus sein; ihr Fehlen aber beweist nichts dagegen. Weitere Schlüsse gestatten Anamnese, subjective Symptome und äussere Untersuchung nicht zu ziehen.

Die Diagnose, ob dieses Reservoir Divertikel oder Ektasie sei, vermag nur die Sondirung festzustellen, und zwar mit Hilfe der Methode Rumpel's oder auf die Art, mit der ich zum Ziele gekommen bin, eventuell mit Zuhilfenahme der Röntgenstrahlen. Cardiaspasmus ist leicht auszuschliessen beim Mangel jedes Hindernisses für die Sondirung. Findet sich aber ein solches, so darf man aus oben erwähntem Grunde auch nicht sofort einen Spasmus annehmen. Vielleicht dürfte es sich in solchen Fällen empfehlen, entsprechend dem Vorgehen Rosenheim's[32]) bei Spasmen, die durch Oesophaguscarcinome bedingt sind, sofort nach der erfolglosen Sondirung eine energische locale Anaesthesirung durch Injection von 2 ccm einer 3 proc. Eucain B-Lösung vorzunehmen. Der reflectorisch erregte Spasmus muss dadurch vermindert und die Sondirung erleichtert werden. Der positive Ausfall dieses Versuchs würde den Spasmus direct beweisen, der negative ihn allerdings nicht absolut ausschliessen.

Die Prognose ist wohl bei den angeborenen wie den erworbenen Fällen quoad restitutionem nahezu gleich ungünstig. Quoad vitam kann sie aber als günstig bezeichnet werden, da eine rechtzeitig eingreifende Therapie die Ernährung auf irgend eine Weise ermöglichen kann, entweder durch Sondenernährung, eventuell mit Rectalernährung combinirt, oder mit Hilfe einer Magenfistel. Die Therapie der Erkrankung selbst, die nur bei den erworbenen Fällen in Frage kommen kann, hat auf die Musculatur tonisirend einzuwirken. So hat Rosenheim bei seiner Patientin mit Galvanisiren Fortschritte erzielt. Der Sack muss regelmässig ausgespült werden, bei stärkerer Schleimabsonderung, wie in meinem Falle, mit Arg. nitr.-Lösungen oder anderen Adstringentien.

Aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhaus, Hamburg-Eppendorf
(Medicinische Abtheilung: Oberarzt Dr. Rumpel).

Klinische Beiträge zur Tuberculose.

Ein Fall von geheilter Meningitis cerebrospinalis tuberculosa.

Von Dr. med. M. Henkel, Assistenzarzt.

Am 18. September 1899 wurde auf die Abtheilung des Herrn Dr. Rumpel ein 10jähriger Junge aufgenommen, der 2 Tage vor seiner Aufnahme aus der Breite der Gesundheit acut mit starken Kopfschmerzen, hohem Fieber und zunehmender Benommenheit erkrankt war.

Der Junge war bisher nie krank gewesen, insbesondere hatte er nie an Nasen-, Hals- oder Ohrenkrankheiten gelitten. Der Aufnahmebefund ergab: Ziemlich grosser, kräftig gebauter Junge, der schwer benommen ist und auf Anrufen so gut wie gar nicht reagirt. Keine Exantheme, etwas Nackensteifigkeit und Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule. Hyperaesthesie beider Unterextremitäten, Patellarreflexe beiderseits vollkommen erloschen. Pupillen ziemlich weit (gleich), rund, träge reagirend. Ophthalmoskopisch doppelseitige Neuritis optica, rechts stärker. Temperatur 40,6°. Puls 159, nicht gleichmässig und nicht ganz regelmässig, klein. Athmung 30. Mit Rücksicht auf diesen Befund wurde die Diagnose auf Meningitis cerebrospinalis gestellt. Ueber die Art der Meningitis sollte die für den nächsten Tag geplante Spinalpunction Auskunft geben. Mittels derselben entleerten sich unter ziemlichem Druck ca. 40 ccm heller, ganz leicht getrübter Flüssigkeit, deren Eiweissgehalt nach Esbach ½ Prom. betrug. Die Spinalflüssigkeit wurde in den 37°-Brutschrank gestellt. Nach 24 Stunden wurde der nicht allzu reichliche Bodensatz mit positivem Erfolge auf Tuberkelbacillen gefärbt (Färbung nach Ziehl-Neelsen). Die Tuberkelbacillen fanden sich sehr reichlich und lagen meist innerhalb der polynucleären Leukocyten. Andere Mikroorganismen als Tuberkelbacillen wurden in dem Sediment weder tinctoriell noch culturell nachgewiesen. Ein Meerschweinchen habe ich nicht geimpft, einmal, weil ich es auf Grund des mikroskopischen, vollkommen einwandsfreien Präparates für überflüssig hielt und dann, weil ich hoffte, dass es mir gelingen würde, gleich direct aus dem Sediment der Spinalflüssigkeit die Tuberkelbacillen zu cultiviren. Ich habe Glycerinagarröhrchen benützt, der Versuch fiel negativ aus; möglicher Weise wegen der intracellulären Lagerung der Bacillen.

Am dritten Tage seines Krankenhausaufenthaltes setzte bei dem Jungen eine linksseitige Unterlappenpneumonie ein, die sich allmählich über die ganze linke Lunge erstreckte. In dem sehr spärlichen zähen Auswurf fanden sich stets die verschiedenartigsten Mikroorganismen, in sehr geringer Zahl wurde der Lanceolatus gefunden, niemals Tuberkelbacillen. Bis zum 26. IX. war eine wesentliche Aenderung des Krankheitsbildes nicht eingetreten, die meningealen Erscheinungen waren vielleicht etwas zurückgegangen. Dann verschlimmerte sich der Zustand aber ganz plötzlich: blasse Cyanose im Gesicht, vollkommene Benommenheit, plötzliches Aufschreien — linksseitige Externusparese. Am nächsten Tage war noch eine doppelseitige Ptosis, die links stärker als rechts war, hinzugetreten, die linke Pupille war weiter als die rechte, beide reagirten träge; hochgradige doppelseitige Neuritis optica. Die Patellarreflexe fehlten vollkommen, die Wirbelsäule war sehr druckempfindlich, desgleichen beide Unterextremitäten. Am 30. IX. Früh Erbrechen. Damit hatte die Krankheit ihren Höhepunkt erreicht und fing nun an, langsam abzuklingen. Das Sensorium begann sich allmählich zu klären, es stellten sich die Patellarreflexe wieder ein, gelegentlich zwar für einen oder den anderen Tag schwindend, schliesslich aber bleibend. Die Pupillendifferenz war ebenfalls sehr schwankend, tagelang ausgesprochen vorhanden — und immer war die linke Pupille weiter als die rechte — dann wieder fehlend. Bis zum 26. IX. bewegten sich die Temperaturen dauernd um 40, und fielen dann lytisch mit theilweise ziemlich starken Remissionen bis zum 1. X. auf 37,5°. Und nun hatte der kleine Patient dauernd bis zum 24. XI. allabendliche Temperatursteigerungen bis 37,8 und 38°, selten einmal höher.

Nach Abfall der hohen Temperaturen war die ziemlich hochgradige Apathie in dem ganzen weiteren Krankheitsbilde bemerkenswerth. Nie klagte der Junge mehr über Schmerzen, frei beweglich, activ wie passiv, waren alle Gelenke. Die doppelseitige Ptosis und die linksseitige Externusparese gingen vollständig zurück. Die Pupillendifferenz ist jedoch stationär geblieben. Beide Papillen sind langsam abgeblasst. Farbenblindheit ist nicht vorhanden. Eine Gesichtsfeldeinengung ist bei grober Untersuchung nicht vorhanden.

Am 12. X. wurde der erste Gehversuch gemacht: Gang unsicher, ständig nach rechts taumelnd. Da auch in den nächsten Tagen hierin eine Aenderung nicht eintrat, so erschien bei der ganzen Sachlage die Annahme eines Solitärtuberkels, etwa im Kleinhirn nicht unberechtigt. Allein nach ca. 2½ Wochen trat auch hierin eine Aenderung ein, indem das Taumeln nach rechts vollständig schwand und lediglich eine Unsicherheit im Gange restirt, die sich allmählich aber auch legte. Monatelang hatte der Junge einen ganz geringen Katarrh über beiden Lungenspitzen, der jetzt aber auch nicht mehr nachzuweisen ist.

Auffallend war das Ausfallen der Haare, das sich etwa in der 3. bis 4. Krankheitswoche einstellte und sich in erster Linie auf den Hinterkopf erstreckte. Einen localen Grund dafür glaube ich mit Sicherheit ausschliessen zu dürfen.

Die Lumbalpunction ist in erster Linie aus diagnostischen Gründen vorgenommen worden. Sie wurde dann noch 2 mal in Intervallen von 3, bezw. 5 Tagen wiederholt, beide Male mit negativem Resultat. Die Wiederholungen erfolgten lediglich desshalb, um dem kleinen schwerkranken Patienten subjectiv Erleichterung zu verschaffen. Den Eindruck gewinnt man meines Erachtens jedenfalls, wenn man die ausserordentlich umfangreiche Literatur über die Punction der Spinaldura durchsieht, dass in vielen Fällen (Heubner, Fraenkel, Ewald etc.) eine Linderung der Schmerzen erreicht wird. Und das ist immerhin Grund genug, auf die Spinalpunction bei der Behandlung der Meningitiden gegebenen Falles nicht zu verzichten.

Im Uebrigen wurde in diesem Falle Kalomel innerlich in Gaben von 2 mal 0,05 angewendet. Anscheinend ganz gut werden

---

[31]) Rosenheim: Deutsch. med. Wochenschr. 1899, No. 4.
[32]) Beyer: Terap. Monatsh. 1898, No. 4.

tägliche Bäder von 28° R., in 10 Minuten auf 24° R., vertragen. Mit Rücksicht auf die Schmerzen in der Wirbelsäule sind wir dabei so zu Werke gegangen, dass wir vorsichtig den Jungen mitsamt dem Laken in die Badewanne gehoben und ihn dann im Wasser schwebend gehalten haben. Einige Male haben wir jedoch trotzdem wegen der allzu grossen Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule von dem Bade Abstand nehmen müssen. Sicherlich liegt es mir ganz fern, die angewendete Therapie als eine specifische gegen Meningitis cerebrospin. tub. anzupreisen. In sehr vielen Fällen der inneren Medicin ist es ja überhaupt schwierig zu entscheiden, ob die Genesung post oder propter therapiam eingetreten ist. Den Lungenspitzenkatarrh haben wir durch Freiluftbehandlung und forcirte Ernährung mit Erfolg behandelt.

In der mir zu Gebote stehenden Literatur habe ich nur einen analogen, ebenfalls bacterioskopisch sichergestellten Fall von tuberculöser Cerobrospinalmeningitis auffinden können (Freyhan, Deutsch. med. Wochenschr. No. 33, 1894). Ausserdem sind aber noch eine ganze Anzahl Fälle von geheilter tuberculöser Meningitis veröffentlicht, wo zwar der bacterioskopische Nachweis fehlt, wo die Schilderung des Krankheitsbildes und der Name des Untersuchers, sowie auch schliesslich in den entsprechenden Fällen die späteren Sectionsbefunde wohl kaum an der Richtigkeit der Diagnose zweifeln lassen. Das jedoch darf man nach dem heutigen Stande der Wissenschaft jedenfalls mit Sicherheit sagen, dass manche Fälle von tuberculöser Cerebrospinalmeningitis heilbar sind, und dass die Prognose trotz positiven Bacillenbefundes, trotz Neuritis optica und trotz Paresen der Augenmuskeln nicht absolut infaust zu stellen ist.

Herr Prof. Dr. Deutschmann war so liebenswürdig, die ophth. Befunde auf ihre Richtigkeit zu controliren, wofür ich ihm an dieser Stelle verbindlichsten Dank sage.

Meinem verehrten Chef, Herrn Oberarzt Dr. Rumpel, sage ich für das lebhafte Interesse, das er mir bei Anfertigung dieser Arbeit engegengebracht hat, verbindlichsten Dank.

Ueber die Koplik'schen Flecken bei Masern.

Von Dr. Karl Manasse in Affaltrach (Württemberg).

Aufmerksam gemacht durch die Veröffentlichungen von Havas (Wien. med. Presse, 1899, No. 24), Widowitz (Wien. klin. Wochenschr., 1899, No. 37), Koplik selbst (Medical News, 3. VI. 99) und Anderen über das zuerst von K. beschriebene Frühsymptom bei Masern habe ich in letzter Zeit in einigen Fällen auf diese Flecke und deren Bedeutung für die Frühdiagnose der Masern geachtet. In 3 Fällen, wo ich die „Koplik'schen Flecken" deutlich constatiren konnte, traten im Verlaufe der nächsten Tage Masern auf, in 1 Falle folgte keine Exanthemeruption; in ferneren 2 Fällen hingegen konnte ich die „Koplik'schen Flecke" nicht sehen, aber Masern mit ihren sämmtlichen charakteristischen Erscheinungen zeigten sich. Die Form der „K.'schen Flecken" war stets die gleiche, auch in dem Falle, in dem keine Masern auftraten: nämlich stets waren auf Mund- und Wangenschleimhaut kleine hellrothe Flecken von unregelmässiger Form mit bläulich-weiss schimmerndem Centrum sichtbar (wie sie K. selbst beschrieben hat). Auffallend war mir nur, dass regelmässig das Exanthem erst 5 Tage und noch später nach dem ersten Auftreten der „Flecke" zum Ausbruch kam, während andere Beobachter es zuweilen schon 24 Stunden später gesehen haben. Ferner erschien mir sonderbar, dass die Angehörigen der kleinen Patienten bei der ersten Consultation stets angaben, das Kind hätte nach ihrer Meinung den „Scharbock", als welcher nämlich in hiesiger Gegend Soor bezeichnet wird. Sonstige Besonderheiten im Verlaufe der Erkrankung konnte ich nicht constatiren.

Ich bin nun der Ansicht, dass die Koplik'schen Flecken häufig als Frühsymptom der Masern zu verwerthen, aber nicht immer und nicht allein ausschlaggebend zur Erkennung derselben sind.

Aus der medicinischen Klinik und dem hygienischen Institut zu Jena.

Die Agglutination von Faecalbacterien bei Typhus abdominalis durch das Blutserum.

Von

Dr. F. Köhler, I. Assistent der medicinischen Klinik. und W. Scheffler, Assistent des hygienischen Instituts.

(Schluss.)

III.

In der 2. Tabelle haben wir die Vergleichsresultate zusammengestellt über die Agglutinationsfähigkeit des Blutserums der betr. Typhuskranken auf Typhusculturen und auf die aus dem betr. Stuhl gezüchteten Colistämme. Wir haben mit Absicht unter die zu prüfenden Sera 4 aufgenommen von Typhusreconvalescenten (3 Kinder B., Fall Schlegel), bei denen die Serumreaction auf Typhusbacillen schon aufgehört hatte, nachdem sie im Höhestadium der Krankheit voll entwickelt gewesen war. Der eine von diesen Fällen (Clara B.) zeigt deutliche Coliagglutination.

Es wurde weiterhin die Frage untersucht, ob die Fähigkeit, die verwendeten Colistämme zu agglutiniren eine Specialeigenschaft des betr. Typhusserums sei. Zu diesem Zwecke wurden mit jedem Colistamm 2—3 Sera zusammengebracht, deren Indifferenz gegen Typhusbacillen festgestellt worden war. Es kamen derart im Ganzen 9 verschiedene Sera zur Anwendung: Serum Amende, Kritzner, Keucher, Bauer, Fuchs, Köhler, Reinhold, Enke, Heltscher.

Zum Serum Fuchs ist zu bemerken, dass dasselbe Typhusbacillen in der Verdünnung 1:20 agglutinirte.

Im Ganzen wurde auf diese Weise bei 11 Colistämmen von 5 verschiedenen Typhuskranken eine Vergleichstabelle der Wirkung des Typhusserums und verschiedener Sera Nichttyphöser je auf denselben Colistamm festgestellt. (Siehe Tabelle III.)

Tabelle II.

	Name des Typhuskranken	Reaction seines Blutserums auf Typhusbacillen	Reaction seines Blutserums auf Colistämme seines Stuhles
1	Dorn	1:20:40:53:80:160+	Coli A: 1:20:40:53:80:160 — „ B: 1:20:40:53:80:160 —
2	Schlegel	1:20:40:53:80:160 —	Coli S: 1:20:40:53:80:160 —
3	Kühn	1:20:40:53:80:160+	Coli 1: 1:20:40+, 1:53+schw. 1:80+schwach, 1:160 — „ 2: 1:20:40:53+sehr schw. 1:80:160 — „ 4: 1:20:40:53:80:160 — „ 7: 1:20:40:53:80:160+
4	Weber	1:20:40:53:80:160+	Coli 1: 1:20:40:53:80:160+ „ 2: 1:20:40:53:80:160+ „ 5: 1:20:40:53:80:160 —
5	Dämmerich	1:20:40:80:160+	Coli 2: 1:20:40:80:160 — „ 4: 1:20:40:80:160+ „ 5: 1:20:40:80:160+
6	Clara Budig	1:20:40:53:80:160 —	Coli 2: 1:20:40:53:80:160+
7	Elise Budig	1:20:40:53:80:160 —	Coli 5: 1:20:40:53:80:160 —
8	Emma Budig	1:20:40:53:80:160 —	Coli 3: 1:20:40:53:80:160 —

(Tabelle III siehe nächste Seite)

Die Tabelle II lehrt nun, dass ein durchgreifender Parallelismus zwischen Typhus- und Coliagglutination nicht besteht (vergl. auch Tab. III). So agglutinirte das Serum Weber Typhusculturen bis 160 und ebenfalls 2 aus seinem Stuhl gezüchtete Colistämme (1 u. 2), dagegen nicht den dritten (Coli 5), ebenfalls das Serum Dämmerich (Coli 4 und 5 +, Coli 2 —), Serum M. Dobermann agglutinirte Typhusculturen und den aus dem Stuhl gezüchteten Coli 1, nicht den Coli 3, Serum J. Dobermann zeigte Agglutination bei Coli 1 und 3, nicht bei Coli 4.

Tabelle III.

Coli-stamm	Wirkung des Blutserums des betr. Typhus-kranken	Wirkung des Blutserums Amende	Wirkung des Blutserums Heltscher	Wirkung des Blutserums Enke	Wirkung des Blutserums Kritzner	Wirkung des Blutserums Keucher	Wirkung des Blutserums Bauer	Wirkung des Blutserums Fuchs	Wirkung des Blutserums Köhler	Wirkung des Blut-serums Reinhold
1. Blutserum Derle: Wirkung auf Typhusbacillen: 1:20:40:53:80:160 +.										
Coli 1	1:20:40:53 :80:160 —		1:20:40:53 :80:160 +	1:20:40:53 :80:160 —	1:20:40:53 :80:160 —					
2. Blutserum Martha Dobermann. Wirkung auf Typhusbacillen: 1:20:40:53:80:160 +.										
Coli 1	1:20:40:53 :80:160 +	1:20:40:53 :80:160 +				1:20:40:53 :80:160 +	1:20:40:53 :80:160 +			
Coli 3	1:20:40 +, 1:53:80 :160 —	1:20:40:53 :80:160 +				1:20:40:53 :80:160 +	1:20:40:53 :80:160 +			
3. Blutserum Jenny Dobermann. Wirkung auf Typhusbacillen: 1:20:40:53:80:160 +										
Coli 1	1:20:40:53 :80:160 +		1:20:40:53 :80:160 +		1:20:40:53 :80:160 —			1:20:40:53 :80:160 —		
Coli 3	1:20:40:53 :80:160 +		1:20:40:53 :80:160 +	1:20:40:53 :80:160 —				1:20:40:53 :80:160 —		
Coli 4	1:20:40:53 :80:160 —		1:20:40:53 :80:160 —	1:20:40:53 :80:160 —				1:20:40:53 :80:160 —		
4. Blutserum Böhme. Wirkung auf Typhusbacillen: 1:20:40:80:160 +.										
Coli 1	1:20:40:80 +, 1:160 —						1:20:40:80 +, 1:160 —			1:20:40 :80 +, 1:160 —
Coli 3	1:20:40:80 :160 +						1:20:40 +, 1:80:160 —			1:20:40 :80:160 +
5. Blutserum Schöning. Wirkung auf Typhusbacillen: 1:20:40 53:80:160 +.										
Coli 2	1:20:40:53 :80:160 —			1:20:40:53 :80:160 +	1:20:40:53 :80:160 +				1:20:40:53 :80:160 —	
Coli 3	1:20:40:53 :80:160 —			1:20:40:53 :80:160 —	1:20:40:53 :80:160 —				1:20:40:53 :80:160 —	
Coli 5	1:20:40:53 :80:160 —			1:20:40:53 :80:160 —	1:20:40:53 :80:160 –				1:20:40:53 :80:160 +	

Serum Schöning zeigte auf Typhusculturen deutliche Einwirkungen, liess aber alle 3 aus seinem Stuhl gezüchtete Colistämme (2, 3, 5) unbeeinflusst, dieselben Verhältnisse zeigte das Serum Dorn (Coli A und B —) und Derle (Coli 1 —). Bei dem Serum Clara Budig, das während des Höhestadiums des Typhus deutliche Agglutination auf Typhusbacillen gezeigt hatte, war diese zur Zeit der Reconvalescenz verschwunden, es zeigte sich indess ausgiebige Beeinflussung des untersuchten Coli 2.

Es geht also daraus hervor, dass das Serum von Typhuskranken in seinem Verhalten zu aus den zugehörigen Stühlen gezüchteten Colistämmen verschiedenen Charakters sehr verschiedenartig ist.

Irgend eine Beziehung zwischen Coliagglutination und Schwere des Typhusverlaufes liess sich ebensowenig construiren. So gehörte z. B. der Fall Derle zu den sehr schwer verlaufenen Typhen, sein Serum zeigte aber trotzdem keine Coliagglutination. Das Serum der Clara Budig, die einen leichten Typhus durchmachte, agglutinirte den aus ihrem Stuhl gezüchteten Coli 2.

Für die oft aufgeworfene Frage: Handelt es sich um reinen Typhus oder um gleichzeitige Coliinfection wird seitens der Serodiagnose keine Entscheidung geliefert.

Sehr wahrscheinlich hat Typhusinfection mit Coliagglutination durch das zugehörige Blutserum gar nichts zu thun. Das zeigt Tabelle III.

Wir sehen, dass Coli 1 M. Dobermann von dem Typhusbacillen agglutinirenden Serum M. Dobermann, aber auch von den 3 gegen Typhusbacillen indifferenten Sera Amende, Keucher, Bauer agglutinirt wird.

Coli 1 und Coli 3 J. Dobermann, deren Serum starke Typhusagglutination zeigte, wurden von dem Serum Heltscher, das gegen Typhusbacillen unwirksam war, agglutinirt, während das Serum Kritzner und Fuchs die beiden Colistämme unberührt liess.

In mehreren Fällen hat das Serum Nichttyphöser eine stärkere Agglutinationskraft auf den Colistamm wie das Serum des betr. Typhuskranken. So sehen wir bei Coli 3 M. Dobermann eine positive Agglutination durch das Serum M. Dobermann bis 40, Verdünnungen von 53, 80, 160 blieben ohne Reaction, das Serum Amende, Keucher, Bauer zeigte auf diesen Coli 3 M. Dobermann ausgesprochene Agglutination bis 160. Das Serum Schöning liess Coli 2, 3 und 5 von Schöning unbeeinflusst, während Serum Enke wie Kritzner den Coli 2 Schöning und Serum Köhler den Coli 5 Schöning agglutinirte bis 160. Dagegen war bei Coli 3 Schöning eine Beeinflussung durch Serum Schöning wie durch die Sera Enke, Kritzner, Köhler nicht festzustellen.

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich nun, dass Colibacillen häufig auch vom Serum **normaler** Menschen agglutinirt werden, ferner, dass häufig das Serum von Typhuskranken, welches Typhusbacillen agglutinirt, die aus dem Stuhle derselben gezüchteten Colistämme nicht agglutinirt, häufig aber auch agglutinirt.

In mehreren Fällen agglutinirte das Serum Typhuskranker den Colistamm nicht, während ihn das Serum Gesunder agglutinirte, ja in keinem Falle wurde Agglutination der Colistämme durch Serum Typhöser gefunden, in dem nicht mindestens **ein** Serum Gesunder (gegen Typhusbacillen indifferent) auch Agglutination des betr. Colistammes gezeigt hätte.

Agglutination eines Colistammes kann also nicht als specifische Eigenschaft des Serums Typhöser aufgefasst werden.

Die Bedingungen, unter denen das Serum Gesunder Colistämme agglutinirt und unter denen das Serum Typhöser auf die aus ihrem Stuhle gezüchteten Colistämme agglutinirende Eigenschaften entwickelt, sind völlig unbekannt. Die Ansicht Pfaundler's, es gewinne das

Serum des Menschen die Fähigkeit, Darmcolistämme zu agglutiniren, normaliter im Laufe des Lebens, hat sich nicht bestätigt (vergl. den Fall Clara Budig, 7jähriges Kind und z. B. den Fall Derle, 30jähriger Mann), es verhält sich vielmehr dasselbe Serum verschiedenen Colistämmen gegenüber unberechenbar verschieden.

Es kann somit eine Differenzirung des Typhusbacillus von Bact. coli auf Grund von Blutserumreactionen nicht statthaben.

Fernerhin ist von Seiten des Bacterium coli nichts für den Ausbau der Serodiagnostik zu gewinnen, es sei denn, dass quantitative Unterschiede, deren Feststellung aber unverhältnissmässig grosse Schwierigkeiten bereiten würde, maassgebend sein sollten.

Aerztliche Standesangelegenheiten.

Sollen die Mediciner an der humanistischen Vorbildung festhalten?*)

Von Professor Dr. Hans Buchner, Director des hygienischen Instituts.

M. H.! Wenn wir uns heute nochmals hier versammelt haben, um unserer Ueberzeugung vom Werth humanistischer Vorbildung für den Arzt deutlichen Ausdruck zu geben, so können wir uns doch der Befürchtung nicht verschliessen, dass es eine nahezu verlorne Sache ist, für die wir kämpfen, und dass der Strom der Zeit über unseren Protest, mag er innerlich noch so wohlbegründet sein, hinweggehen wird wie der Schnellzug über ein paar Sandkörner, die zufällig auf seinem Wege liegen.

Das Bild stimmt in der That insoferne, als wir Aerzte vorwiegend einer äusseren Gewalt unterliegen. Vorwaltend sind es die ausserhalb der Medicin Stehenden, die unseren Beruf sozusagen reformiren wollen, und zwar zum Theil aus Gründen, die für uns gar nichts Ueberzeugendes in sich haben, wie wir gleich noch näher sehen werden.

Allerdings, m. H., ist mit einigem Bedauern zu constatiren, dass die Ueberzeugung, die uns hier in Süddeutschland beseelt, nicht bei allen Collegen innerhalb des Reiches die nämliche ist. Sie Alle haben wahrscheinlich von den Verhandlungen des Ausschusses der preussischen Aerztekammern gelesen, dass dieser Ausschuss mit 6 gegen 5 Stimmen die ausschliessliche Berechtigung des humanistischen Reifezeugnisses als Vorbedingung der Zulassung zum medicinischen Studium verworfen hätte. Ein derartiger Beschluss wurde in der That gefasst; allein wenn man die gesammten Verhandlungen und die übrigen Beschlüsse, die gleichzeitig gefasst wurden, sich etwas näher ansieht, so ergibt sich doch ein ganz anderer Eindruck. So wurde beispielsweise mit 9 gegen 2 Stimmen, also mit grosser Majorität, ausgesprochen, dass die Aerztekammern einer Erweiterung der Zulassungsberechtigung der Realgymnasien nur dann zustimmen könnten, wenn diese nicht allein auf das medicinische Studium beschränkt, sondern auf alle Facultäten ausgedehnt würde.

M. H.! Das ist nun aber natürlich ganz etwas anderes, und eine gewaltige Restriction des zuerst erwähnten Beschlusses, ja wir Alle würden voraussichtlich einen grossen Theil unserer Bedenken aufgeben, wenn die neue Maassregel nicht nur auf die Mediciner, sondern auf alle Facultäten gleichmässig sich erstrecken sollte.

Zunächst wäre nämlich anzunehmen, dass die Regierungen sich einen solchen Schritt dann überhaupt viel reiflicher überlegen und nicht so leicht mit der Zustimmung bei der Hand sein würden, wie es jetzt, da nur die Aerzte in Betracht kommen, unter dem Druck der öffentlichen Meinung leider der Fall zu sein scheint. Dann aber wäre eine solche allgemeine Aenderung hinsichtlich der Vorbildungsbedingungen überhaupt ein ganz anderer Fall; denn das würde bedeuten, dass unser Volk, ähnlich den Norwegern und einigen anderen Nationen, überhaupt zu einer grundsätzlichen Aenderung in Bezug auf sein Bildungsideal gelangt ist, und da wäre es dann nur natürlich, dass einer solchen allgemeinen culturhistorischen Umwälzung gegenüber die Mediciner allein für sich keine Ausnahme beanspruchen könnten, sondern sich eben dem Strome der Zeit fügen müssten.

So liegt aber die Sache nicht, sondern zur Zeit sollen die Mediciner bekanntlich allein auf's Korn genommen werden, und das ist es eben, wogegen wir Verwahrung einlegen, weil uns unsere Empfindung wohl ganz richtig sagt, dass es für die Medicin verhängnissvoll sein würde, wenn sie auf solche Weise von den alten historischen Facultäten allmählig abgetrennt und einer Isolirung anheimgegeben wird. Zunächst wäre das ja wohl noch nicht der Fall, aber mit der Zeit würde sich doch mehr und mehr die Kluft fühlbar machen, namentlich wenn im weiteren Verfolg nicht nur den Realgymnasien, sondern auch den Oberrealschulen die Berechtigung der Vorbereitung zum Medicinstudium zugestanden würde, wie dies ja in Preussen bereits angestrebt wird. Die Verschiedenartigkeit der Vorbildung würde sich unter den Studirenden ohne Zweifel geltend machen müssen, die medicinische Facultät und ihre Angehörigen würden mit besonderen Augen angesehen werden, und, m .H., wohin wir da mit der „universitas literarum" kommen und was davon noch übrig bleiben soll, wenn die Einheitlichkeit der Vorbildung, die stärkste Stütze dieser „universitas" hinwegfällt, das will ich nicht weiter ausmalen. Auf mich haben die Ausführungen des Präsidenten der bayerischen Abgeordnetenkammer in den dort kürzlich geführten Verhandlungen gerade in dieser Richtung einen ausserordentlich überzeugenden Eindruck gemacht, und ich muss sagen, dass ich als Lehrer der medicinischen Facultät es aufrichtig beklagen würde, wenn ich eines Tages mir sagen müsste, dass meinen Zuhörern jene gemeinsame Grundlage der gleichen Vorbildung nicht mehr eigen ist, auf welche wir Universitätslehrer bisher als auf etwas Selbstverständliches zu bauen gewohnt waren.

Nun, m. H., möchte ich aber auf der anderen Seite auch nicht so einseitig sein, zu verkennen, dass denjenigen Sachverständigen, die etwa gegentheiliger Meinung sind, und es gibt deren immerhin eine ziemliche Anzahl und darunter Persönlichkeiten von Gewicht, dass diesen Ueberzeugungen nicht auch theilweise berechtigte Erwägungen zu Grunde liegen. Namentlich tadelt man auf jener Seite die ungenügende Ausbildung der heutigen Mediciner in rein naturwissenschaftlicher Beziehung und glaubt, hier durch einen mehr realistischen Vorbildungsgang Abhilfe schaffen zu sollen. Ich gebe vollkommen zu, dass unsere heutigen Mediciner naturwissenschaftlich oft recht mangelhaft vorgebildet sind, ich muss das aus manchen Erfahrungen als Examinator in der That bestätigen. Und doch gelange ich aus dieser Erfahrung heraus nicht zu dem Schluss, dass die Mediciner auf dem Realgymnasium oder auf der Realschule vorgebildet werden sollen. Denn, falls dieser Schluss überhaupt gezogen werden müsste, dann müsste man eben auch consequent sein und verlangen, dass die Mediciner überhaupt nur realistisch und in keinem Falle humanistisch vorgebildet sein dürfen. Man dürfte die Wahl der Vorbildungsart dann nicht in das Belieben der Eltern stellen, die vielleicht gar nichts von der Sache verstehen, man dürfte sie nicht dem Zufall überlassen.

So steht es nun aber keineswegs, dass die dem Mediciner erforderliche Kenntniss naturwissenschaftlicher Dinge, namentlich in Chemie und Physik, nur etwa auf dem Wege gymnasialer Vorbildung erreicht werden könnte. Wozu hätten wir sonst das vorschriftsmässige Studium von Chemie und Physik und den anderen Naturwissenschaften auf der Universität, wozu das Tentamen physicum, in dem aus diesen Fächern speciell geprüft wird? Es kann sich also nur darum handeln, dass diese Fächer unter dem Einfluss des Vielerlei, was an den jungen Mediciner herantritt, sehr häufig nicht mit der nöthigen Gründlichkeit betrieben werden, und in dieser Hinsicht muss eben dann der medicinischen Prüfungsordnung der Vorwurf gemacht werden, die ja in der That seit langen Jahren als dringend reformbedürftig erkannt ist, mit deren Reform wir uns Alle lange und wiederholt beschäftigt haben, und die nun hoffentlich recht bald in verbesserter Form in's Leben tritt. Das Studium der Medicin war eben in Deutschland längst Angesichts des fortwährenden Anwachsens des Wissensmateriales, auf einen viel zu kurzen Zeitraum beschränkt geblieben. Eigentlich erfolgte, von unserem speciell bayerischen Standpunkte aus betrachtet, im Jahre 1871 sogar ein beträchtlicher Rückschritt in dieser Richtung, indem damals durch Einführung der reichsgesetzlichen Bestimmungen das Studium gegen vorher sogar noch wesentlich verkürzt wurde. Vorher, zu meiner Studienzeit, hatten wir in Bayern noch ein

*) Referat, erstattet in der Sitzung des Aerztlichen Bezirksvereins München vom 25. Mai d. Js.

eigenes naturwissenschaftliches und sogenanntes philosophisches Jahr, welches dem eigentlichen medicinischen Studium voranging. Jetzt, nach der bevorstehenden Reform soll, wie Sie wissen, das Studium nunmehr endlich in entsprechender Weise wieder verlängert werden, und es sollen u. A. auch verschiedene praktische Laboratoriumskenntnisse vom Mediciner verlangt werden, die sich nur durch Uebung im Laboratorium gewinnen lassen. Es ist sicher anzunehmen, dass dadurch die naturwissenschaftliche Ausbildung der Mediciner wesentlich gefördert werden wird, und man hätte nur nöthig, auf diesem Wege, wenn es sich als erforderlich herausstellt, noch weiter voranzugehen, um den gewünschten Erfolg einer guten Ausbildung der Mediciner, z. B. in chemischer Beziehung, vollkommen sicher zu stellen.

Also, d a s, m. H., scheint mir der richtige Weg, um solchen Uebelständen zu begegnen, nicht aber eine Aenderung in Bezug auf die V o r b i l d u n g. Ich stimme da vollkommen überein mit dem Referat, das Herr College Hofrath Dr. B r u n n e r 1896 der oberbayerischen Aerztekammer in diesem Betreff erstattet hat. Ich halte die bisherige Vorbildung der Mediciner für eine durch Tradition, durch Erfahrung und höhere Rücksichten gewissermaassen geheiligte Einrichtung, an der ich ohne schweres Bedenken nicht gerüttelt wissen möchte. Jede Reform des medicinischen Studiums dagegen, die eine tiefere Gründlichkeit der naturwissenschaftlichen Ausbildung zum Ziele hätte, würde mich unbedingt zum Anhänger haben, selbst dann, wenn noch ein weiteres Studienjahr hinzugefügt werden müsste. Es gibt eine ganze Reihe von Ländern, in denen das medicinische Studium noch viel mehr Zeit in Anspruch nimmt, als es bei uns auch nach Inslebentreten der neuen Prüfungsreform der Fall sein wird. Beispielsweise in Belgien und Dänemark studiren die Mediciner 7, in Schweden sogar 11 Jahre.

Gegen eine Verlängerung der Studienzeit werden sich bei uns in Deutschland freilich sofort eine Menge entrüsteter Stimmen erheben, weil man nur zu gerne geneigt ist, sich in die Rolle von Vätern hineinzudenken, die genöthigt sind, ihre Söhne so lange Jahre hindurch bis zum Broderwerb studiren zu lassen. Vom Standpunkt der Allgemeinheit aus müssen wir uns doch aber sagen, dass in einem ohnehin schon überfüllten Berufe, wie es der ärztliche zur Zeit ist, die Erschwerung der Zutrittsbedingungen vorwiegend als Wohlthat sich geltend machen wird, und zwar als Wohlthat für die Bevölkerung, der mit qualitativer Herabminderung des ärztlichen Standes bei quantitativem Ueberfluss schliesslich auch nicht gedient ist, namentlich aber als Wohlthat für die Angehörigen des ärztlichen Berufes selbst.

Ueberhaupt, m. H., empfinde ich es als das Merkwürdigste bei der Frage, die uns heute beschäftigt, dass man beabsichtigt, die Schranken der Zulassung zur Medicin weit aufzumachen in dem Augenblick, wo ohnehin das Brod für die Aerzte wegen Ueberfüllung des Berufes vielfach bei Weitem knapper zu werden beginnt, und wo dann auch die Schwierigkeit, seinen Idealen im praktischen Leben treu zu bleiben, sich mehr und mehr geltend machen muss. Hat man denn überhaupt kein Gefühl für die Lage des Arztes, der Wissenschaft und Idealität mit dem Betriebe eines Gewerbes — nach reichsgesetzlicher Classification — vereinigen soll? Sieht man nicht ein, dass eine recht tüchtige, ethisch-ideale Grundlage dazu gehört, um einen solchen Kampf zwischen der inneren Sittenforderung und den äusseren Lebensansprüchen, wie er sich, wer weiss wie oft, in der Seele des Arztes abspielen mag, überhaupt mit Ehren zu bestehen? Und nun will man noch an der Vorbildung dieses Standes ändern, die denselben bisher auf seiner Höhe erhalten hat, und man will jene Lebensepoche, die ausschliesslich dazu bestimmt sein soll, den inneren und äusseren Menschen ohne jede Rücksicht auf spätere praktische Lebensziele in der vollkommensten Weise zu entwickeln, diese Lebensepoche will man dazu benützen, um bereits technische Kenntnisse, die für die spätere Thätigkeit nützlich sein können, zu übermitteln. Darin liegt, so scheint mir, nicht eine unwesentliche Reform, sondern eine principielle Negirung der bisherigen Grundanschauungen über den richtigen Vorbildungsgang. Das u t i l i t a r i s c h e Moment, das bisher ferngehalten war, soll jetzt Aufnahme finden; damit aber eröffnet sich, im Princip wenigstens, die Möglichkeit noch weiterer Veränderungen, die schliesslich dahin führen würden, dass wir blosse Routiniers erhalten, anstatt unserer deutschen Aerzte, wie wir sie jetzt thatsächlich zu unserer Freude und unserem Stolze haben und auch in Zukunft behalten möchten. Man wird freilich sagen, das letztere sei ganz und gar übertrieben. Allein, wenn schon die Oberrealschulen als tauglich zur Vorbildung der Mediciner angesehen werden, sind wir im Princip von der soeben entwickelten Möglichkeit gar nicht mehr weit entfernt.

Allerdings, zunächst handelt es sich nur um die R e a l g y m n a s i e n. Allein, bei aller Hochachtung vor den mathematischen Fächern, die dort bekanntlich sehr eingehend betrieben werden und die zweifellos eine ganz vorzügliche Durchbildung des Intellects in gewisser Richtung gewährleisten, so muss ich doch sagen, dass die gerade durch den Doppelzweck, nämlich einerseits gründliche mathematische und naturwissenschaftliche, andererseits doch auch wieder möglichst eingehende sprachliche Ausbildung hervorgebrachte U e b e r b ü r d u n g auf den Realgymnasien, wenigstens auf den bayerischen Realgymnasien, die ich allein genauer kenne, mir als ein schwerwiegender Gegenstand gegen diese Art der Vorbildung für die Mediciner erscheint. Ueberbürdung erzeugt nämlich ganz zweifellos innerliche G l e i c h g i l t i g k e i t, also das Gegentheil von Idealismus, den gerade das Gymnasium nach meiner Ansicht beim jugendlichen Menschen und insbesondere auch beim zukünftigen Mediciner erzeugen sollte. Die Ueberbürdung an unseren Realgymnasien ist, glaube ich, kaum wegzustreiten. Sie liegt einerseits in der höheren Stundenzahl, die in der obersten Classe des Realgymnasiums, unter Abrechnung von 2 Turnstunden, wöchentlich 31, also täglich mehr als 5 beträgt, was entschieden viel zu viel ist. Andererseits liegt sie in dem V i e l e r l e i, was gelehrt und gelernt werden soll, in der mangelnden Concentration und Einheitlichkeit des Studiums, wodurch bei dem Kampf der Fächer unter einander eine aufreibende Zersplitterung der geistigen Kräfte bei den jungen Leuten erzeugt wird. Ich gebe vollkommen zu, dass man sich bemüht hat, das Realgymnasium mehr und mehr zu heben, namentlich den sprachlichen Unterricht zu verstärken; allein dadurch konnte der eben gerügte principielle Fehler natürlich nicht aufgehoben werden.

Im Vergleich damit geniessen die Schüler der humanistischen Gymnasien bei nur 27 wöchentlichen Schulstunden und grösserer Concentration des Unterrichts eine relativ beträchtliche Freiheit, und diese ist auch erforderlich, um die Möglichkeit selbstgewählter Thätigkeit in anderen Richtungen zu lassen, namentlich aber aus gesundheitlichen Rücksichten.

Uebrigens will ich nur gestehen, dass auch die humanistischen Gymnasien, so wie sie bei uns heute gestaltet sind, noch nicht meinen vollen Beifall finden, gleichwie auch in den Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern über diese Frage im Jahre 1896 vielfach bezügliche Reformwünsche geäussert worden sind. Mich leitet bei meinem Reformbedürfniss hier in erster Linie nur der Gesichtspunkt des H y g i e n i k e r s, und von diesem aus habe ich bei einer anderen Gelegenheit die Forderung erhoben, dass nur e i n e antike Sprache gründlich, die zweite dagegen unter Verzicht auf eingehende Literaturbeschäftigung betrieben werden solle. Man hat diese Aeusserung in dem Sinne interpretiren wollen, als ob ich dadurch mit mir selbst gleichsam in Widerspruch käme, indem ich ja nicht das bestehende humanistische Gymnasium eigentlich empfehle, sondern ein erst zu schaffendes, in dem die alten Sprachen durch Beschränkung des intensiven Betriebs auf nur e i n e derselben bis zu einem gewissen Grade eingeschränkt und depossedirt sein würden.

M. H.! Hiegegen muss ich protestiren, denn das ist durchaus nicht meine Absicht, am Princip der Concentration, das ich für das allein richtige halte, zu rütteln. Die alten Sprachen, überhaupt die Sprachen müssen ihre dominirende Stellung am Gymnasium behalten, denn ohne diese ist es unmöglich, tieferes Interesse und damit Idealismus zu erwecken, den ich für die werthvollste Frucht der Gymnasialbildung halte. Trotzdem scheint mir eine quantitative Beschränkung des altsprachlichen Studiums möglich, ohne das Princip zu opfern. Wie das zu machen ist, das bleibt freilich Sache der Philologen und Schulmänner, und ich überschreite meine Competenz, wenn ich als Hygieniker, um drei freie Nachmittage für die Gymnasialschüler zum Zwecke der körperlichen Ausbildung zu ermöglichen, dennoch mit bestimmten Andeutungen mich hervorwage. Dass dieselben von anderer Seite schroffe Zurückweisung erfahren werden, daran zweifle ich nicht. Immerhin scheint mir dieser Weg doch erwähnenswerth, nachdem es auf dem bisherigen für die Dauer doch nicht mehr zu gehen scheint.

Im gegenwärtigen Augenblick werden nämlich Vorwürfe gegen das humanistische Gymnasium auch von ganz anderer

Seite und in ganz anderem, gewissermaassen entgegengesetztem Sinne erhoben. Im preussischen Abgeordnetenhaus sind im März dieses Jahres durch die Abgeordneten Dr. v. Heydebrand und Dr. am Zehnhoff sehr ernsthafte Klagen erhoben worden, wonach bei dem heutigen Betrieb des altsprachlichen Unterrichts auf den Gymnasien, der sich — seit der preussischen Gymnasialreform von 1892 — mehr jenem des modernsprachlichen anschliesse, die Schüler nicht mehr im Stande seien, in den Geist dieser alten Sprachen voll einzudringen; das aber bringe schlimme Folgen mit sich für Juristen und Theologen, denen das Verständniss für den Sinn ihrer Quellenschriften dadurch erschwert oder unmöglich gemacht wird. Es wurde dann noch weiter hervorgehoben, wie die humanistische Bildung nicht nur grossen Werth habe, sondern auch von ausserordentlicher nationaler Bedeutung sei, und wie wir in unserem Bildungsgang nicht Dinge nachmachen sollten, die in Frankreich und England und Amerika vielleicht möglich und dort congenial seien, die aber den Traditionen des deutschen Unterrichtswesens zuwiderlaufen.

M. H.! Diese Ausführungen fanden lebhaften Beifall, und ich erwähne dies zunächst desshalb, weil dieselben auch für uns und die Frage, die wir heute behandeln, von Bedeutung sind, aber leider in ungünstigem Sinne. Wenn schon im Allgemeinen die Vertreter der liberalen und radicalen Parteien in unserem Volke es sind, welche für realistische Bildung, für eine erweiterte Berechtigung der Realgymnasien und also für eine realistische Vorbildung der Mediciner eintreten, so sehen wir hier auch von conservativer Seite gegen uns, die wir in diesem Falle gerne conservativ sein möchten, eine Gefahr auftauchen. Ganz von selbst — ohne dass dies freilich ausgesprochen oder direct angedeutet wurde — muss wohl auf jener Seite der Wunsch herankeimen, die Mediciner aus dem humanistischem Gymnasium allmählich hinauszudrängen, nicht desshalb, weil man eine realistische Vorbildung für dieselben besser hält, sondern um mit mehr Nachdruck und Aussicht gegen jenen modern-realistischen Geist auftreten zu können, der die preussische Gymnasialreform von 1892 zu Wege brachte, und um das Gymnasium ausschliesslich für die Bildungsbedürfnisse der Juristen und Theologen einrichten und behalten zu können.

M. H.! Es ist wirklich betrübend, sehen zu müssen, wie von allen Seiten her die Medicin in dieser für sie wichtigen Angelegenheit im Stiche gelassen, um nicht zu sagen verrathen wird. Liberale Schulmänner behaupten, dass den Realgymnasien durch eine erweiterte Berechtigungsertheilung mehr und besseres Schülermaterial zugeführt, und diese Anstalten auf solche Weise gehoben werden müssten. Zu diesem Zwecke muss dann ohne Weiteres die Medicin herhalten; ob deren Vertreter eine solche Aenderung nützlich erachten, überhaupt ob sie dem Wesen der medicinischen Wissenschaft und Kunst förderlich sei, darnach wird nicht gefragt. Auf der anderen Seite sehen wir nun auch bei den conservativen Parteien Tendenzen auftreten, welche durch übertriebene Betonung der juristischen und theologischen Fachinteressen die Gefahr eines Hinausdrängens der Mediciner aus den humanistischen Gymnasien nahe legen, während es doch unserer Ansicht nach werthvoll wäre, für die höheren Berufsclassen innerhalb der Nation an einem gleichmässigen Vorbildungsgang festzuhalten.

Ich verstehe recht wohl, dass Juristen das lateinische Corpus juris dem vollen Sinn nach zu erfassen, Theologen den griechischen Text der Heiligen Schrift oder die lateinische Kirchensprache vollkommen sich anzueignen im Stande sein müssen. Alles dies liesse sich nicht gleichzeitig erreichen, wenn nur eine alte Sprache gründlich, d. h. mit voller Literaturbeherrschung am Gymnasium getrieben würde. Wäre es das Lateinische, dann würden die Theologen klagen, im anderen Falle aber die Juristen. Aber ebensowenig wird eben, nach den im preussischen Abgeordnetenhause zu Tage getretenen Beschwerden, der ganze Zweck gegenwärtig erreicht, seitdem beide Sprachen im Sinne der Reform von 1892 in mehr moderner, d. h. also wohl weniger gründlicher Weise betrieben werden.

M. H.! Aus diesem Dilemma gibt es eben nur einen Ausweg. Es hilft nur eine Concession an den neueren Geist und die veränderten Bedürfnisse der Zeiten, und zwar muss dies offenbar eine Concession von Seite der Theologen und Juristen sein. Offenbar bedürfen nämlich Theologie und Jurisprudenz der alten Sprachkenntnisse ausser deren Hauptzweck als allgemeines Bildungsmittel noch weitergehend zu ihren speciellen wissenschaftlichen Zwecken. Dass solche specielle Bildungsbedürfnisse aber schon am Gymnasium berücksichtigt werden müssten, das kann eben nicht allgemein und unbedingt gefordert werden, nach dem, was wir früher über das Wesen der gymnasialen Vorbildung überhaupt gesagt haben. Auch die alten Sprachen machen hierin keine Ausnahme, sonst könnten schliesslich die Philologen verlangen, dass das Gymnasium ganz und gar nach ihren Bedürfnissen eingerichtet werden müsse[1]). Wenn also bei dem Concurrenzkampf der verschiedenartigen Bildungsansprüche, die für das Gymnasium überhaupt in Betracht kommen, und bei der, zur Zeit immer dringlicheren Berücksichtigung der Körperentwicklung es unmöglich geworden ist, beide alte Sprachen gründlich, d. h. mit voller Literaturbewältigung zu betreiben, dann ist es doch, sollte ich glauben, pädagogisch richtiger, eine Sprache gründlich zu nehmen, die andere aber nur logisch-formal und unter Enthaltung vom Literaturstudium zu betreiben. Bei allen einsichtigen Männern, die über solche Dinge reden, mögen auch ihre Standpunkte sonst verschieden sein, habe ich immer den Grundsatz des „Non multa, sed multum" gefunden und der eigentliche Werth des humanistischen Gymnasialunterrichts soll ja gerade in der Gründlichkeit beruhen, mit der man in den Geist der antiken Sprache und Literatur sich hineinzuleben genöthigt ist.

Ich habe nun aber, theils aus eigener Erfahrung, theils aus Urtheilen mir maassgebender Altphilologen den Eindruck, dass die römische Literatur — ich meine hier wohlgemerkt nicht die lateinische Sprache als logisch-formales Bildungsmittel überhaupt — ihren Werth für die Allgemeinbildung des heutigen Menschen verloren hat. Die römischen Literaten waren ja bekanntlich grösstentheils nur Nachahmer der so viel höher stehenden griechischen, und die Römer haben das auch selbst anerkannt, indem sie in der Kaiserzeit und schon früher mit grösstem Eifer die Schätze der griechischen Literatur studirten, um sich die höchste erreichbare Bildung anzueignen. So würde ich es denn nach meiner Meinung für kein Unglück halten, wenn unsere Gymnasiasten, nachdem sie sich der lateinischen Sprache formal bemächtigt haben, die lateinische Literatur, soweit dies nöthig scheint, vorwiegend nur aus Uebersetzungen kennen lernten, dafür aber ihre ganze Kraft den dichterisch und philosophisch unvergleichlich höher stehenden hellenischen Vorbildern widmen würden. Ich bin überzeugt, dass die so gewonnene Ersparniss an Zeit und Kraft ein gründliches Erfassen der griechischen Sprache nicht nur in logisch-formaler Hinsicht, sondern auch ein tieferes Eindringen in den Geist ihrer Literatur, und damit in den unversiegbarsten Schatz an Idealismus und hoher Welt- und Lebensauffassung ermöglichen würde, den je ein Volk besessen hat.

Uebrigens möchte ich bemerken, dass auch die pfälzische Aerztekammer im Jahre 1893 sich entschieden zu Gunsten der griechischen Sprache und Literatur[2]) ausgesprochen hat und nebenbei noch auf ein Weiteres hinweisen. Nach der beachtenswerthen Anregung des Abgeordneten Dr. am Zehnhoff im preussischen Landtag wäre nämlich wohl noch daran zu denken, dass die Reuchlin'sche Aussprache des Griechischen an unseren Gymnasien wieder eingeführt werden könnte, wie sie in anderen Culturländern, wie Frankreich, Italien, Holland u. s. w. grösstentheils üblich ist, und bis zum 16. Jahrhundert die allgemein herrschende war. Dadurch würden dann unsere Gymnasialschüler mit ihrem Hellenismus zugleich eine Sprache erworben haben, die auch jetzt noch in Griechenland und im Orient gilt, was immerhin mit Rücksicht auf die so sehr erstrebenswerthe Besiedlung Kleinasiens mit deutschen Ackerbaucolonien einigen Werth hätte.

M. H.! Das Alles habe ich vorgebracht, einerseits um die Andeutung, die ich bei einer anderen Gelegenheit gemacht hatte, näher zu begründen und vor Missdeutungen, wenn möglich, sicher

[1]) Die Consequenz wäre, dass Juristen und Theologen auf der Universität das etwa noch Fehlende am Verständniss der alten Sprachen ergänzen müssten, ähnlich, wie jetzt die Mediciner auf der Universität Physik, Botanik u. s. w. studiren müssen, weil die gymnasiale Vorbildung in diesen Fächern für sie ungenügend ist.

[2]) Anstalten, welche, wie unsere Realgymnasien, nur lateinische Sprache und Literatur pflegen, können dadurch zwar logisch-formale Bildung, aber kaum tieferes Interesse für den Werth und die Schönheit des classischen Culturideals erwecken, da die meisten römischen Schriftsteller durch ihre Nüchternheit und ihren Mangel an Schwung auf den jugendlichen Geist nur langweilig wirken.

zu stellen; andererseits scheint es mir eine dringende Aufgabe des Hygienikers, darüber nachzusinnen, wie die Anforderungen höchster und vielseitiger Bildung in der Gegenwart mit den gesundheitlichen Anforderungen, deren Bedeutung bei steigender Civilisation sich immer mehr entgegendrängt, versöhnt werden können. Unter diesem Gesichtspunkt bitte ich Sie, die Ausführlichkeit der vorangehenden Erörterungen nachsichtig beurtheilen zu wollen. Ich würde aber der mir gestellten Aufgabe schlecht entsprechen, wenn ich nicht versuchen wollte, noch weiter darzulegen, warum denn eigentlich wir Mediciner die humanistische Vorbildung für unseren Beruf als nöthig erachten?

M. H.! Ich habe bei einem anderen Anlass schon auf die für uns Mediciner betrübende Thatsache hingewiesen, dass eine Minderbewerthung des ärztlichen Standes in der öffentlichen Meinung gegen früher zu constatiren ist, worauf gerade die beabsichtigte Hinausdrängung der Mediciner aus den humanistischen Gymnasien symptomatisch zu schliessen gestattet. Dabei habe ich auch angeführt, dass keineswegs Minderleistungen des ärztlichen Standes es sind, welche diese ungünstige Aenderung herbeiführen, sondern seltsamer Weise im Gegentheil eher Mehrleistungen, wie sie mit der zunehmenden Specialisirung innerhalb der Medicin verknüpft gewesen sind und täglich sich weiter entwickeln. Dadurch, dass der Arzt einzelne Organe zu behandeln anfing, wenn auch mit gutem, jedenfalls mit viel grösserem Erfolg als früher, hat sich die Meinung herausgebildet, dass der Arzt überhaupt mehr oder weniger in die Reihe der Techniker zu zählen sei, d. h. Derjenigen, welche auf rein naturwissenschaftlicher Grundlage praktische Aufgaben zu erledigen haben.

M. H.! Es fällt mir nicht im Geringsten ein, die technischen Berufe nur irgend wie als minderwerthig bezeichnen zu wollen, aber hier handelt es sich ja ausschliesslich um die Frage der richtigen Vorbildung, und da muss ich constatiren: wenn wirklich die Aerzte mit Recht zu den Technikern gezählt werden, wenn es sich bei ihrem Berufe, wie heute so Viele glauben, lediglich um Anwendung naturwissenschaftlicher Kenntnisse auf praktische Aufgaben handelt und Nichts weiter, dann würde ich selbst der Meinung sein, dass eine realistische Vorbildung für die Aerzte die richtige sein müsse. Allein, m. H., kann denn jemals übersehen werden, dass auch das Psychische, das — um mit Wundt zu reden — eine Einzelerscheinungsgruppe am Lebenden darstellt, so und so oft, und zwar recht entscheidend in das Thätigkeitsbereich des Arztes hereingreift? Kann denn jemals geleugnet werden, dass die psychischen Processe, die den körperlichen parallel gehen, häufig gerade in Krankheitszuständen eine recht grosse Bedeutung beanspruchen, und dass der Arzt in ihrer Beeinflussung bewandert und persönlich und durch seine Bildung dazu befähigt sein muss, wenn er überhaupt in einem solchen Fall Erfolg erzielen will? Mir haben gerade ältere erfahrene Aerzte gesagt, dass die seelische Behandlung der Patienten sehr häufig die wichtigere und schwierigere Aufgabe sei. Was nutzt aber da die rein naturwissenschaftliche Vorbildung, wenn es sich um solche Aufgaben handelt? Kann man vielleicht naturwissenschaftlich lernen oder erklären, wie die Psyche eines Patienten beeinflusst werden soll? Wir können nur das Eine constatiren und erforschen, dass umgekehrt physische Einwirkungen, z. B. verschiedene Medicationen im Stande sind, auf die Psyche zu influiren, wie das neuerdings in der Schrift des Heidelberger Psychiaters Kraepelin „Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Processe durch einige Arzneimittel" in sehr interessanter Weise näher dargelegt ist. Aber wir können nicht naturwissenschaftlich direct auf die Psyche wirken, sondern wir können das nur mittels unserer eigenen Psyche auf Grund von Persönlichkeit, Tactgefühl, Erfahrung, überlegener Einsicht und Bildung. Ich gebe ja zu, dass die Persönlichkeit hier das Beste thun muss, und dass man überhaupt einen Menschen, der in dieser Beziehung nicht zum Arzte taugt, auch durch die beste Bildung niemals wird künstlich dazu erziehen können. Allein alle Bildungsbestrebungen haben überhaupt Bildungsfähigkeit und Anlagen immer zur Voraussetzung, und das ist kein Grund, um auf Bildungsbestrebungen zu verzichten. Auch bleibt unbestreitbar, dass selbst dort wo gute Anlagen vorhanden sind, diese bei mangelnder Ausbildung unentwickelt bleiben können. Mancher hätte vielleicht, um ein triviales Beispiel zu gebrauchen, die Fähigkeit zu einem ausgezeichneten Reiter in sich, er bringt es aber nie dazu, weil ihm die Gelegenheit zur Uebung mangelt. Ganz ähnlich ist es mit psychischen Anlagen, und darin beruht eben der Werth der Bildung, dass sie Gelegenheit geben will, dort, wo überhaupt Anlagen vorhanden sind, diese auf's Vollkommenste zu entwickeln.

Derjenige, der die Anlagen zum Arzte auch in psychischer Beziehung besitzt, wird also grossen Nutzen haben von einer Vorbildung, welche, wie die humanistische, vor Allem geeignet ist, den Geist zum Verständniss fremder, fernerliegender Aeusserungen der menschlichen Vernunft, wie sie in den antiken Sprachen und Literaturen enthalten sind, heranzubilden. Man hat gesagt, dass sich realistisch vorgebildete junge Leute vor humanistisch vorgebildeten vorzüglich durch die Unfähigkeit auszeichnen, in andere Denkungsarten und Persönlichkeiten sich hineinzufinden. Ich kann natürlich nicht behaupten, dass das überall zutreffen müsse, aber wahrscheinlich ist mir ein derartiger Unterschied im Allgemeinen desshalb, weil die Hauptfächer der realistischen Bildung, Naturwissenschaften und Mathematik möglichst objective Wissensgebiete darstellen, bei denen von einer individuellen Auffassung der Probleme, mit Ausnahme der etwa noch hypothetischen, gar keine Rede sein kann und sein darf. Gerade darin liegt ja in gewisser Richtung der hohe erzieherische Werth dieser Disciplinen, den ich natürlich weit entfernt bin, zu unterschätzen. Dass aber diese Fächer den jugendlichen Geist nicht dazu heranbilden können, sich in andere Individualitäten hineinzuversenken, das, glaube ich, liegt doch ohne Weiteres in der Natur der Sache.

Für den Arzt aber ist diese Kunst wichtig, und ich betone ausdrücklich, dass es, wie alles Individualisiren überhaupt, eine Kunst ist, und nicht eine blosse Summe von Regeln, die man schliesslich bei vielem Fleiss sich vielleicht unter allen Umständen aneignen könnte. Und ferner betone ich, dass die rein naturwissenschaftliche Ausbildung gerade für diese Kunst keinen Nutzen schafft, sondern dass es nur die sprachlich-literarische Allgemeinbildung sein kann, die dem Mediciner bei dieser schwierigen Aufgabe zu Statten kommt. Wenn von dieser Seite der medicinischen Thätigkeit und Beanspruchung in den Verhandlungen über die Vorbildungsfrage selten oder nie die Rede ist, so zeigt das nur, wie schief die Ansichten über den ärztlichen Beruf in der Oeffentlichkeit im Allgemeinen beschaffen sind.

Ist es denn ferner nicht an sich ein Widerspruch, wenn in derselben Prüfungsreform, in der nunmehr die Psychiatrie als integrirender Bestandtheil des ärztlichen Studiums aufgenommen werden soll, etwa gesagt wird, dass auch die realistische Vorbildung zum Studium der Medicin genügen könne? Auf der einen Seite constatirt man den engen Zusammenhang von Medicin und Psychiatrie und dadurch mit Psychologie, und auf der anderen Seite erklärt man, dass für einen solchen Beruf, dem die schwierigsten, naturwissenschaftlich vorerst gar nicht oder kaum zu fassenden Probleme des Menschenthums, die wechselnden Zustände des krankhaft gewordenen Seelenlebens als Aufgabe zugewiesen sind, eine Vorbildung entsprechen soll, die ursprünglich für ganz andere Berufe geschaffen wurde, für solche nämlich, die lediglich mit Anwendung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse auf praktische Fragen zu thun haben.

Hält man denn wirklich den Menschen für eine so ganz einfache Maschine, dass es auf Grund rein naturwissenschaftlicher Ausbildung möglich sein könnte, diesen ganzen Mechanismus zu durchblicken, wie etwa der Maschineningenieur seine Maschine innen und aussen völlig kennt und auf Grund seiner Vorbildung auch durch und durch kennen muss, so dass er bei jeder eintretenden Störung sofort zu sagen in der Lage ist, wo der Fehler sitzt und welcher Theil der Herausnahme und Erneuerung bedarf? Glaubt man denn wirklich, dass so etwas beim Menschen bei einer eintretenden Störung, z. B. psychischer Art, immer möglich sei? Manchmal, in gewissen Fällen, ist es ja möglich, aber man sollte doch einsehen, ein wie grosses Maass von Combinationsgabe, von Selbstkritik, Tact und Klugheit, die nicht durch naturwissenschaftliche Vorbildung erworben werden können, vielfach hier erfordert werden, um die Diagnose und daraufhin den Behandlungsplan festzustellen. Während der Maschineningenieur allerdings, wenn er den Grund der Störung in seiner Maschine ausfindig machen will, ganz innerhalb der Grenzen von Mathematik und Physik bleiben und auf rein exactem objectivem Weg die Ursachen der Abweichungen ermitteln kann, so muss der Arzt weit über die Grenzen seiner naturwissenschaftlichen Bildung hinausgehen können, und das ist es, was die Stellung des Arztes zu einer eigenthümlichen macht und

seine Vorbildung bestimmt, die ohne beträchtliche Schädigung des ärztlichen Berufes niemals zu einer realistischen gemacht werden darf.

In der That, m. H., nähert sich das Thätigkeitsgebiet des Mediciners in mancher Beziehung demjenigen des Juristen und Theologen, und darum ist es auch richtig und begründet, wenn alle drei ihre Vorbildung in gleicher Weise erhalten. Alle drei Berufsarten beziehen sich in ihrer Thätigkeit eben direct auf den Menschen, im Gegensatz zu anderen Berufsarten, und das hat man auch von jeher durchgefühlt und als selbstverständlich anerkannt. Nur die Neuzeit mit ihrem materialistischen Zuge und ihrer Unterschätzung der geistigen Imponderabilien will das nicht mehr recht begreifen.

Auch mit der Theologie hat die Medicin gewisse Beziehungen; die Mediciner müssen nämlich sittliche Grundsätze lehren und zu verbreiten trachten, und zwar von jener natürlichen Stufe der Sittlichkeit, die ich als „elementare Sittlichkeit" bezeichnen möchte, und die mit individueller Hygiene grösstentheils zusammenfällt. Schon die Asklepiaden in der älteren griechischen Zeit mussten durch einen feierlichen Schwur sich zur Dankbarkeit gegen den Lehrer, zur würdevollen Haltung und zum streng sittlichen Charakter bei Ausübung ihres Berufes verpflichten. Der grosse Hufeland hat in seiner „Makrobiotik" die sittliche Lebensführung von seinem ärztlichen Standpunkt aus eindringlich an's Herz gelegt, und gute, gewissenhafte Aerzte haben in dieser Beziehung immer ihren Einfluss geltend gemacht. Wenn Herbert Spencer die Aerzte als die zukünftigen Führer der Völker preist, so möchte ich darauf hinweisen, dass auf beschränktem Gebiet die Aerzte schon immer in diesem Sinne thätig waren und thätig sind. Weiss ich doch von meinem eigenen Vater, der 36 Jahre lang als Arzt hier praktizirte, dass nach seinem Tode so manche Patienten dankbar anerkannten, wie er ihren Familien ebensoviel als Rathgeber in verschiedenen Lebenslagen, wie durch eigentlich ärztliches Eingreifen ein tröstender Freund gewesen sei.

M. H.! Der ärztliche Beruf verlangt Idealismus, und wenn behauptet wird, dass nicht alle Elemente, die sich heute zur Medicin herandrängen, diesen besitzen, dann ist dies zwar sehr bedauerlich, bildet aber jedenfalls keinen Grund, um die Pforten der Zulassung noch weiter zu öffnen, als dies bisher schon durch die abnorme Kürze der medicinischen Studienzeit der Fall gewesen war. Sollte in der That die Berechtigung der Zulassung zum medicinischen Studium an die Realgymnasien ertheilt werden, so würde ich das als eine beklagenswerthe Manifestation des neuen Jahrhunderts betrachten und mir keine günstigen, sondern nur verhängnissvolle Wirkungen davon für den ärztlichen Stand erwarten können. Mir würde es ungerecht erscheinen, einem Stand, der sich denn doch bewährt hat, eine Reform aufzudrängen, die in diesem Falle eine ebenso eingreifende als nichtgewollte sein würde.

Referate und Bücheranzeigen.

Angelo Celli, Director des hygienischen Instituts zu Rom: **La Malaria.** Roma. Società editrice Dante Alighieri.*)

Die Monographie Celli's über Malaria mit zahlreichen Abbildungen und Tafeln, namentlich über die Entwicklung der Malariaparasiten, gibt auf 168 Seiten ein erschöpfendes Bild aller neuen Untersuchungen und Funde auf diesem Gebiete, an welchen der Verfasser selbst einen so reichen Antheil hat.

Ein Zusammenfassen der bisher gefundenen Resultate ist, wie C. in der Vorrede betont, darum besonders wichtig, weil sie zur Einrichtung einer wirksamen Prophylaxe nunmehr genügend erscheinen.

In einer kurz gefassten Geschichte der Malaria wird die Verbreitung der Krankheit in Italien und der eminente Schaden an Leben, Gesundheit und Nationalvermögen, welchen sie diesem Lande zufügt, erörtert. Wir übergehen diesen interessanten Theil, möchten aber eines nicht unerwähnt lassen, nämlich die kolossalen Meliorationsarbeiten der ältesten Einwohner Latiums aus der vorhistorischen Zeit. Die römische Campagna, die alte classische Brutstätte der Malaria, hat unter einer nicht allzu tiefen Humusschicht Hügel von feinporösem Tuffstein als Unterlage, welcher das Regenwasser anhält. In diesen Tuffstein ist hunderte von Kilometern weit ein Netz von Stollen eingegraben, um das Wasser abzuführen und an den tiefsten Stellen der Hügel anzusammeln und — noch mehr — am Eingang der tiefsten Galerie dieser Stollen fand man eine alte, siebförmig durchlöcherte Bleiplatte, ein Beweis, dass man diese Drainage ausser zur Trockenlegung auch zur Herstellung von Trinkwasser benützte, und — dies Alles lange vor der Gründung Roms.

Das Capitel Aetiologie beginnt gleich mit einer zoologischen Erörterung der Coccidien und ihrem von R. Pfeiffer 1882 erforschten Bimorphismus, ohne welche Kenntniss die Aetiologie der Malaria nicht aufzufassen ist. Die Coccidien und die zu ihnen gehörigen Haemosporidien haben einen zwiefachen Lebensablauf. Der eine, geschlechtliche, geht bei den Malariahaemosporidien oder Malariaparasiten in einem Insect (anopheles u. culex) vor sich, die ungeschlechtliche Vermehrung durch Abschnürung und Theilung, erfolgt in einem zweiten Wirth, im Menschen, dessen rothe Blutkörperchen den Parasiten zur Nahrung dienen.

Die Protozoenzellen, welche die Fähigkeit haben, sich zu paaren, nennt man Gameten. Der Makrogamet repräsentirt das Ovulum, der Mikrogamet das Spermoid. Das Spermoid dringt in das Ovulum oder Ovoid ein, und durch diese Befruchtung entsteht ein Zygot. Der Zygot verwandelt sich in eine Sporocyste, die gefüllt ist mit Sporoblasten, kleinen, selbständigen Zellen, welche nun ihrerseits bereit sind, bei passender Gelegenheit das endocelluläre Schmarotzerleben und die ungeschlechtliche Vermehrung im Blutkörperchen des Menschen zu beginnen. Werden sie durch die Speicheldrüsen des Anopheles dem Menschen inoculirt, so entfalten sie im Blute ihre verderbliche Thätigkeit, immer nach bestimmt abgemessener Zeit neue Generationen erzeugend. Ein gewisser Theil der nun entstehenden Sprösslinge bleibt aber frei im Blutplasma, hat nicht die Tendenz, an ein rothes Blutkörperchen heran und in dasselbe einzutreten. Aus diesem Theil bilden sich die Gameten, welche im Menschen sich nicht weiter zu entwickeln vermögen, für ihn steril bleiben und ihrer weiteren Entwicklung im Körper des Anopheles harren, sobald er sie, den Menschen stechend, in sich aufnimmt.

Dieser Entwicklungsgang ist getrennt für die Quartana- und Tertianaformen, wie für das Sommer-Herbstfieber nachzuweisen. Uebergänge der einen Form in die andere sollen nicht vorkommen; doch kann ein Anopheles zwei Fieberformen übertragen, deren Parasiten dann getrennt zur Entwicklung kommen.

C. gibt eine kurze Zusammenstellung, der über die Entwicklung von Malariaparasiten in der ganzen Thierreihe, von den Fröschen, Reptilien bis zu den Vögeln und Säugethieren bekannten Daten, und erläutert diese für jede Thierart eigenthümlichen Coccidien durch Abbildungen.

Die Zoologen Grassi und Ficalbi stellten fest, dass es in Malariagegenden bestimmte Mückenarten gibt, welche in anderen Gegenden nicht vorkommen. Es kommen in Frage Culex-, Anopheles- und Aëdesarten, welche letztere in Italien fehlen.

Nicht das Wasser, nicht die Luft sind das Vehikel der Malariaparasiten, wie durch eine lange Erfahrung und durch Experimente bewiesen ist; nur in den beiden Wirthen sind dieselben bisher gefunden: in der Mücke und dem malariakranken Menschen.

Malariatoxine im Blute sind nicht nachzuweisen; eine gewisse Immunität scheint es zu geben, Arsenik scheint eine solche herbeizuführen, ebenso wie Chiningaben, die sich aber nicht zu längerem Gebrauche eignen.

Länger andauernde hohe Temperatur ist zur Entwicklung einer Malariaendemie unbedingt nöthig; so steigt im Juli in rapider Weise die Zahl der Kranken, vom Juli ab beginnen die perniciösen Fälle und die eigentliche Malariazeit ist die zweite Hälfte des Jahres. Im Winter spielen Recidive die Hauptrolle. An diesen recidivirenden Fällen inficiren sich die Mücken in Malariagegenden, die Anfangs frei befunden werden, nach und nach, und so bilden diese Recidive die Brücke von einer Malariaendemie zur anderen.

Auf dieser letzteren Thatsache basirt auch die Möglichkeit einer Prophylaxe. C. betont die Nothwendigkeit, Malariakranke zu isoliren, Blutuntersuchungen behufs exacter Diagnose zu machen und Chinin als Blutdesinficiens zu geben.

Dem Schutze gegen die Mücken und der Verhinderung der Vermehrung derselben durch rationelle Bodendrainirung, Cor-

*) Die Broschüre ist vor Kurzem auch deutsch erschienen als Heft II der von Geh.-R. Behring herausgegebenen „Beiträge zur experimentellen Therapie", Berlin und Wien, Verlag von Urban & Schwarzenberg.

rectur der Flussmündungen u. s. w. ist ein breiter Raum gewidmet.

Niemand wird diese sorgfältige Arbeit des berühmten Malariaforschers lesen ohne das Gefühl der Befriedigung, dass auch diese Seuche für uns des Räthselhaften entkleidet ist, und dass sie hygienischen Bestrebungen einen besseren Stütz- und Zielpunkt bietet als bisher. Hager-Magdeburg N.

E. Fränkel: Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen Mykologie des Menschen. Hamburg, Lucas Gräfe & Sillem, 1900.

Der Verfasser beabsichtigt, mit dem Atlas in erster Linie die bei den verschiedenen Infectionskrankheiten zu beobachtenden Gewebsveränderungen in ihren Beziehungen zur localen Ansiedelung der Infectionserreger an der Hand von Photogrammen in anschaulicher Weise darzustellen. Diesem Zweck entsprechend soll sich der Atlas fast ausschliesslich auf die photographische Wiedergabe pathologisch-histologischer Schnitte beschränken, welche der eigenen Sammlung des Verfassers entstammen. Jeder Abbildung ist ein kurzer erläuternder Text beigefügt; sehr instructiv ist es, dass häufig von dem gleichen Präparat besonders charakteristische Stellen zunächst bei schwacher und dann auch bei stärkerer Vergrösserung dargestellt sind.

Es ist rückhaltlos anzuerkennen, dass in den beiden ersten bis jetzt erschienenen Lieferungen, welche sich auf den Tuberkel- und Leprabacillus beziehen, sämmtliche Photogramme vorzüglich gelungen sind und die Verhältnisse so klar und übersichtlich darstellen, als dies eben bei der photographischen Reproduction histologischer Präparate möglich ist. Thatsächlich sind auch viele der Abbildungen, wenigstens hinsichtlich der allgemeinen Orientirung, selbst ohne den erläuternden Text leicht verständlich; nicht wenige bleiben aber ohne diesen Text selbst für den geübten Histologen räthselhafte Darstellungen, an welchen insbesondere es unmöglich ist, eine der Wirklichkeit entsprechende Vorstellung von den histologischen Details zu gewinnen. Damit hat aber eine solche Abbildung ihren Zweck, die bistologischen Veränderungen in ihren Beziehungen zur localen Ansiedelung der Bacterien klar zu legen, selbstverständlich verfehlt und es zeigen solche Bilder nur die absolute Unzulänglichkeit der photographischen Darstellung für sich allein für derartige Objecte. Nach Ansicht des Referenten vermögen zumal auf Grund photographischer Aufnahmen hergestellte und gut ausgeführte farbige Zeichnungen einen überaus klareren Einblick zu gewähren und sind z. B. auch die Abbildungen Koch's in seiner bekannten Arbeit über den Tuberkelbacillus weit instructiver, als irgend eine der photographischen Abbildungen des Fränkel'schen Atlas. Photographische bacteriologisch-histologische Abbildungen sollten, wo es erforderlich erscheint, nur wie beweisende Documente neben guten Zeichnungen figuriren; sie vermögen aber letztere niemals völlig zu ersetzen.

Das vorliegende Werk soll in 2 Bänden erscheinen, deren jeder etwa 80 Photogramme enthalten soll. Der Preis eines vollständigen Bandes soll 25 Mark nicht überschreiten.

Hauser.

P. G. Unna: Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. Heft 4. Tafel 19—25. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss, 1900. Preis 6 Mark.

Verfasser weist in der Vorrede des vorliegenden Heftes darauf hin, dass es unmöglich ist, in erschöpfender systematischer Reihenfolge die sämmtlichen verschiedenen Hautkrankheiten darzustellen, wenn nicht die Vollendung des Atlas sich auf unabsehbare Zeit verschieben soll, zumal es die Verhältnisse dem Verf. nicht gestatten, in einem Jahr mehr als 1 Heft mit 5—7 Tafeln fertig zu stellen. Thatsächlich ist auch eine derartige erschöpfende bildliche histologische Darstellung sämmtlicher Hautkrankheiten für das Verständniss der histologischen Vorgänge überflüssig, indem sie bei vielen einander schon äusserlich ähnlichen Erkrankungen nur zu unnützen Wiederholungen führen würde. Verfasser wird sich daher bei der weiteren Darstellung auf die Wiedergabe solcher Hautkrankheiten beschränken, welche neue Gesichtspunkte in pathologisch-histologischer Hinsicht bieten und die wichtigsten Repräsentanten besonderer Gruppen der Hautkrankheiten bilden.

Das vorliegende Heft ist dem Studium der „ballonirenden Degeneration" der Epithelien gewidmet, wie sie den Bläschenerkrankungen der Haut zu Grunde liegt. Im Speciellen sind verschiedene Formen des Zoster, Varicellen und Variola in äusserst instructiven, meisterhaft ausgeführten farbigen Zeichnungen dargestellt. Das Heft umfasst 35 Seiten Text und Tafel 19—25 mit den Figuren 74—106. Hauser.

Neueste Journalliteratur.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. 66. Band.

Festschrift, Herrn Geheimrath Dr. Hugo v. Ziemssen gewidmet. (Fortsetzung.)

21) Höflmayr-München: **Ueber die Entstehung der Neurasthenie.**

Nach Verfassers Ansicht kann das mannigfaltige Krankheitsbild der Neurasthenie nicht durch psychische Reize hervorgerufen werden, sondern die Reize, welche die Neuren treffen, müssen toxische sein. Zur Entwickelung der betreffenden hypothetischen Toxine soll eine durch psychische Einflüsse und unzweckmässige Lebensweise hervorgerufene Ernährungsstörung führen. Unter ihrem Einfluss entsteht Beeinträchtigung der Verdauungsthätigkeit, wodurch dann die Bildung der betreffenden Toxine ermöglicht wird, welche vom Darmlumen aus in die Blutbahn übergehen und ihren schädlichen Einfluss auf das Nervensystem ausüben sollen.

22) Grassmann-München: **Beitrag zur Kenntniss der „Claudication intermittente".**

Für diesen, zuerst beim Pferde, dann aber auch beim Menschen beobachteten Symptomencomplex hat man von jeher Veränderungen an den zu den betreffenden Extremitäten führenden Gefässen verantwortlich gemacht. Während man früher hauptsächlich Thrombosen und Aneurysmen der Bauchaorta und der grossen Beingefässe beschuldigte, ist man nach den neueren Erfahrungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass das Wesentlichste der erwähnten krankhaften Erscheinung zu Grunde liegende pathologische Moment eine ausgedehnte Arteriosklerose der Gefässe des betreffenden Stromgebietes ist. Eine ganz sichere Erklärung des Symptomencomplexes ist noch nicht möglich, vielleicht beruht er auf Ernährungsstörungen der Nerven. Unter den die Arteriosklerose bedingenden Factoren scheint auch in diesen Fällen die Syphilis eine Rolle zu spielen; wenigstens wurde durch antisyphilitische Behandlung wesentliche Besserung erzielt, so auch in dem typischen, vom Verfasser mitgetheilten Fall. Da die betreffenden Erscheinungen nach ihrer Aetiologie nicht nur an den Beinen, sondern auch an anderen Organen vorkommen können, so hielte Verfasser im Allgemeinen die Bezeichnung „intermittirende arteriosklerotische Muskelparese" für geeigneter.

23) Kattwinkel-München: **Ueber psychische Störungen bei der Chorea chronica progressiva.**

Verfasser ist nach seinen Untersuchungen der Ansicht, dass die psychische Alteration bei der chronischen, progressiven Chorea nicht als Demenz bezeichnet werden kann. Es handle sich nicht um grobe Intelligenzdefecte, um Verblödung, sondern diese werde nur durch partielle Gedächtnissstörungen und hauptsächlich durch völligen Mangel an Aufmerksamkeit vorgetäuscht.

24) Wanner-München: **Die Diagnose der einseitigen Taubheit.**

Mittheilung der an der Münchener otiatrischen Klinik üblichen Methoden zur Feststellung einseitiger Taubheit. Die Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden.

25) Lindemann: **Beitrag zur Casuistik und Therapie der Sklerodermie.** (Aus dem med.-klin. Institut München.) (Mit 2 Tafeln.)

Verfasser theilt die Krankengeschichte eines Falles von Sklerodermie mit, bei dem durch eine energische Arsenikbehandlung wesentliche Besserung erzielt wurde. Zur Verwendung kam neben Roncegnowasser Natrium arsenicosum in Form subcutaner Injectionen. Mit den Arsenikdosen wurde so weit gestiegen, bis leichte Intoxicationserscheinungen auftraten, welche als das kleinere Uebel mit in Kauf genommen werden müssen. Eine genaue Ueberwachung der Patienten während der Arsenikcur ist jedoch angezeigt.

26) Voit-München: **Beitrag zur Lehre von der Acetonausscheidung.**

Verfasser berichtet über 3 an Hunden angestellte Versuche. Nach diesen steigt und fällt beim Hund das Aceton im Harn mit dem Steigen und Fallen der N-Ausscheidung. Von den Nahrungsstoffen vermag also allein das Eiweiss einen Einfluss auf die Acetonausscheidung durch die Nieren auszuüben. Die Ausscheidung durch die Lungen ist im Allgemeinen beträchtlich höher als diejenige durch die Nieren. Einen Parallelismus zwischen Acetonmenge im Harn und in der Exspirationsluft konnte Verfasser nicht constatiren, doch scheint eine gewisse Gesetzmässigkeit in Bezug auf die Nahrungsweise und auf den Ort der vermehrten Acetonausscheidung zu bestehen. Berücksichtigt man die gesammte Acetonausscheidung, d. h. diejenige durch Harn und Exspirationsluft, was in Zukunft auch beim Menschen nothwendig sein wird, so liegen die Verhältnisse jetzt so, dass die Acetonausscheidung bei mässiger Fleischkost am geringsten, bei Hunger und reichlicher Fleischnahrung mit und ohne Kohlehydrate bedeutend grösser ist.

27) Glockner-Leipzig: **Ueber Ulcus pepticum oesophagi.** (Aus dem pathologischen Institut zu Genf.) (Mit 1 Abbildung.)

Ein dicht über der Cardia scharf abschneidendes Gürtelgeschwür fand sich im erwähnten Fall gleichzeitig mit typischen, peptischen Geschwüren im Magen und Duodenum. Irgend welche Traumen durch Aetzgifte, Fremdkörper, thermische Reize, ebenso

ein neoplastischer Ursprung, sowie Syphilis oder Tuberculose konnten ausgeschlossen werden. Die Entstehung der Affection erklärt Verfasser aus einer wahrscheinlich auf embolischem Wege zu Stande gekommenen Thrombose einer Reihe kleinerer Zweige der Oesophagusarterien, wodurch die entsprechenden Gebiete der Oesophaguswand Ernährungsstörungen erlitten, die wieder eine deletäre Einwirkung des Magensaftes ermöglichten. Für das Hineingelangen des Magensaftes in die Speiseröhre und das längere Verweilen desselben im unteren Abschnitt derselben, werden einerseits das häufige Erbrechen, andererseits die vorhandenen Circulations- bezw. Ernährungsstörungen verantwortlich gemacht.

28) Gebhart: **Die Beeinflussung der Resorption im Dünndarm durch Adstringentien.** (Aus dem pharmakologischen Institut zu München.)

Nach einem Ueberblick über die bisher aufgestellten Theorien über die Wirkungsweise der Adstringentien berichtet Verfasser über seine Versuche, die einerseits der Feststellung des Einflusses von Adstringentien auf die Resorptionsfähigkeit des Darmes, andererseits der Erforschung ihrer Wirkungsweise dienen sollten. Aus diesen Versuchen folgert Verfasser, dass die Resorption im Dünndarm durch Adstringentien, am meisten durch Tannin herabgesetzt wird, dass die Wirkung des Tannins eine locale, keine Fernwirkung ist, dass eine Nachwirkung vorhanden ist, d. h. dass die resorptionshemmende Wirkung auch noch einige Zeit nach Entfernung der adstringirenden Lösung aus dem Darme besteht. Alkalische, noch eiweissfällende Tanninlösung hat ebenfalls resorptionshemmende Wirkung. Tanninalbuminatlösung zeigt einen resorptionsvermindernden Einfluss, der jedoch erheblich geringer ist, als der reiner Tanninlösung. Dieser Umstand und die Thatsache der Nachwirkung spricht nach Verfassers Ansicht für eine locale chemische Einwirkung im Sinne der Schmiedeberg-Harnack'schen Theorie.

29) Wolffhügel-München: **Zur Pathogenese der Ueberanstrengung des Herzens.** (Mit 14 Curven.)

Verfasser berichtet über eine Reihe von Versuchen, bei denen er unter Zuhilfenahme des Valsalva'schen Versuches den Einfluss gesteigerten intrathoracischen Druckes auf den Blutdruck prüfte, wobei das Ansteigen desselben als Indicator diente für die erhöhten Anforderungen, welche an die Arbeit des linken Herzens gestellt werden zur Ueberwindung derjenigen Kreislaufswiderstände, welche durch die Behinderung der Athmung beim Valsalva'schen Versuch entstehen. Da nun durch länger andauernden oder öfter wiederkehrenden, gesteigerten intrathoracischen Druck sicher eine Dilatation des Herzens erzeugt werden kann, so glaubt Verfasser, dieses Moment bei Entstehung von Herzinsufficienz in Folge von Ueberanstrengung in all' den Fällen berücksichtigen zu müssen, wo die Muskelarbeit unter ähnlichen Verhältnissen wie beim Valsalva'schen Versuch, d. h. unter starker Wirkung der Bauchpresse bei ganz oder fast geschlossener Glottis, erfolgt.

30) Brauser-München: **Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Urethralfäden.**

Verfasser hat unter Ausschluss besonders ungeeigneter Fälle bei 500 Patienten den Harn auf Urethralfäden untersucht, wobei die wegen einer Geschlechtskrankheit Hilfe Suchenden von vornherein nicht in Betracht kamen. Bei 54 Proc. des Materials fanden sich Eiterfäden, ein sicheres Zeichen einer noch bestehenden Entzündung des unteren Abschnittes des Urogenitalapparates. Wenn auch der Gonococcennachweis nur in relativ wenig Fällen gelang und aus äusseren Gründen manche Lücken in den Untersuchungsreihen bleiben mussten, so steht Verfasser doch nicht an, das Vorkommen dieser Fäden in der Mehrzahl der Fälle auf eine frühere Gonorrhoe zurückzuführen. Gestützt wird diese Ansicht ferner durch die procentualische Vertheilung der Befunde auf die einzelnen in Frage kommenden Altersstufen. Die Resultate geben auf jeden Fall einen gewissen Anhaltspunkt für die Häufigkeit der Gonorrhoe der grossstädtischen Bevölkerung.

Heller-Erlangen.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900. No. 20.

1) Ballin-München: **Zur Behandlung des Nabelschnurrestes nach Martin.**

B. hat das von Martin (cf. diese Wochenschr. 1900, No. 9, S. 300) vorgeschlagene Verfahren an 50 Neugeborenen der Münchener Frauenklinik nachgeprüft. Er fand danach 16 mal ganz normalen Verlauf, 3 mal längere Vorwölbung des persistirenden Theils und 31 mal direct pathologische Affectionen am Nabel, die sich als Röthung und Putrescenz des Nabelschnurrestes documentirten. Bei 50 Controlfällen, die nach der alten Methode behandelt wurden, fand sich 9 mal normaler Verlauf, 3 mal längere Vorwölbung und 38 mal pathologische Veränderungen. Diese Zahlen sprechen entschieden zu Gunsten des Martin'schen Verfahrens, dessen Vorzug B. jedoch nur in der möglichsten Verkürzung des Strangrestes, nicht in der Anwendung der glühenden Brennscheere sieht. Als wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Nabelschnurbehandlung kann B. das Martin'sche Verfahren nicht ansehen.

2) Ludwig Pincus-Danzig: **Zur Symptomatologie und Genese der Vaginalcysten.**

P. berichtet zunächst über 4 einschlägige Fälle, die wegen Blasenbeschwerden ärztliche Hilfe aufsuchten und nach Resection der Cyste geheilt wurden. Die Mehrzahl der Vaginalcysten verläuft bekanntlich symptomlos und wird entweder gar nicht oder nur zufällig entdeckt. Die Entstehung der Cysten führt P. auf die Gartner-Wolff'schen Gänge zurück und verweist im Uebrigen auf J. Veit's zusammenfassende Darstellung im 1. Bande seines Handbuches der Gynäkologie. Jaffé-Hamburg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 33. Bd., 1. Heft.

1) Probst: **Experimentelle Untersuchungen über die Schleifenendigung, die Haubenbahnen, das dorsale Längsbündel und die hintere Commissur.** (Aus dem Laboratorium der Landes-Irrenanstalt in Wien.)

Die umfassende Arbeit bietet vorwiegend specialistisches Interesse, die Resultate derselben können in kurzem Referat nicht wiedergegeben werden.

2) Meyer: **Einseitige Zellveränderung im Halsmark bei Phlegmone am Unterarm nebst weiteren Bemerkungen über die Pathologie der Ganglienzelle (Einfluss des Fiebers etc.).** (Aus der psychiatr. Klinik zu Tübingen.)

Auf die Einzelheiten der Befunde einzugehen ist an dieser Stelle nicht möglich. Dass die einseitige Zellveränderung im Rückenmark in ursächlichem Zusammenhang mit der einseitigen, durch die Phlegmone gesetzten schweren Schädigung an der Peripherie steht, erscheint Verf. zweifellos. Die mannigfachen und verschiedenartigen Veränderungen an den Zellen, welche sich hier auf einem Raum zusammengedrängt finden, erachtet Verf. als Stütze der Ansicht, dass in der menschlichen Pathologie die Aufstellung sogen. Typen, d. h. charakteristischer Veränderungen der Granula für das einzelne aetiologische Moment nicht berechtigt ist. Die Einseitigkeit der Zellveränderung liefert einen Beweis für die Haltlosigkeit der Behauptung, dass besondere typische Veränderungen der Ganglienzellen durch Erhöhung der Körpertemperatur hervorgerufen würden.

3) Heiligenthal: **Beitrag zur Pathologie des Halssympathicus.** (Aus der psychiatr. Klinik zu Tübingen.)

Verf. theilt die Krankengeschichten von 5 Patienten mit, die Symptomencomplexe boten, welche nur als Lähmung des Halssympathicus aufgefasst werden konnten. Bei allen Fällen sind verschieden vollkommen ausgeprägt die Cardinalsymptome, welche sich beim Thierexperiment nach Durchschneidung des Halstheils des Sympathicus einstellen, zu finden. In allen 5 Fällen ist eine dauernde Enge der Lidspalte, der Pupille, sowie Verschiedenheit in der Innervation der Gefässe im Vergleich mit der gesunden Seite vorhanden. Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur geht Verfasser sodann näher auf die Symptomatologie und Pathologie der Lähmung des Halssympathicus ein.

4) Frenkel und Foerster-Heiden (Schweiz): **Untersuchungen über die Störungen der Sensibilität bei der Tabes dorsalis.** (Mit 60 Holzschnitten.)

Fortsetzung folgt im nächsten Heft.

5) Thöle: **Mechanik der Bewegungen im Schultergelenk beim Gesunden und bei einem Manne mit doppelseitiger Serratus- und einseitiger Deltoideuslähmung in Folge typhöser Neuritis.** (Aus der medico-mechanischen Station des Garnisonslazareths Magdeburg.)

An der Hand seiner Beobachtung in dem erwähnten Falle bespricht Verfasser eingehend die Mechanik der Bewegungen im Schultergelenk unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Die im Allgemeinen günstige Prognose bei Neuritis typhosa hat in diesem Fall nicht zugetroffen, da die Lähmung beider Serrati, sowie des rechten Deltoideus bestehen blieb; doch lernte Patient durch Uebung die gelähmten Muskeln durch andere so zu ersetzen, dass am Ende der Behandlung ein relativ günstiges functionelles Resultat erzielt war.

6) Ida Democh: **Ein Beitrag zur Lehre von der spastischen Spinalparalyse.** (Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle.) (Mit 1 Tafel.)

Verf. theilt Krankengeschichte und Sectionsbefund eines Falles mit, der abgesehen von einigen, nicht in das Bild der spastischen Spinalparalyse passenden, auf Rechnung starken Potatoriums zu setzenden Symptomen, einen Typus der erwähnten Erkrankung darstellt. Nach dem mikroskopischen Befund fasst Verf. den Fall als primäre Seitenstrangsklerose auf, da einerseits krankhafte Processe fehlten, welche die Annahme einer secundären Degeneration rechtfertigten, andererseits die ausserdem vorhandenen pathologischen Veränderungen, diffuser Faserausfall im Goll'schen Keilstrang, sowie an manchen Stellen der Hirnrinde, ferner Hydromyelus, als alkoholische Schädigung bezw. als Missbildung anzusehen seien. Die Alternative, ob es sich um eine rein erworbene oder in letzter Hinsicht congenitale Erkrankung handelt, kann nach keiner Seite hin unbedingt bejaht werden. Verf. hält es für höchst wahrscheinlich, dass das Leiden auf Grund der congenitalen Veranlagung durch den Potus erworben ist.

7) Westphal: **Ueber Gehirnabscesse.** (Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité.)

Mittheilung von 3 Krankengeschichten nebst autoptischem Befund und ausführlicher Besprechung des mikroskopischen anatomischen Befundes.

8) Fürstner-Strassburg: **Ueber Behandlung der Epilepsie.**

Unter den Behandlungsmethoden der Epilepsie nimmt unbestritten die Bromtherapie noch die erste Stelle ein, vorausgesetzt, dass dieselbe in zielbewusster Weise, gehörig lange und mit entsprechend grossen Dosen (3—4 g pro die bis zum 10. Jahre, 5—6 g bei Erwachsenen) durchgeführt wird. Die Furcht vor dem Bromismus wird vielfach hochgradig übertrieben. Aber auch bei richtiger Durchführung versagt zuweilen diese Therapie und vor Allem ist es in keinem Fall möglich, eine auch nur einigermaassen

sichere Prognose zu stellen. Was die Wirkungslosigkeit der Behandlung in manchen Fällen anlangt, so glaubt Verf. nicht, dass es sich immer um besonders schwere, inveterirte Fälle handelt, sondern vielmehr, dass zuweilen diagnostische Irrthümer vorliegen insofern, als auf Grund der Anfälle Bestehen genuiner Epilepsie angenommen wird, während eine anderweitige Erkrankung vorliegt, so Hysterie, epileptoide Anfälle auf Grund angeborener oder frühzeitig erworbener organischer Hirnerkrankungen, ferner die sogenannte Epilepsia tarda, der wohl öfter atheromatöse Degeneration der Hirngefässe zu Grunde liegt. Die Heilungschancen bei idiopathischer Epilepsie sind in den Fällen die günstigsten, wo die Krankheit schon in frühem Alter richtig erkannt, eine regelmässige Bromtherapie begonnen und über die Pubertätszeit fortgeführt wird. In allen Fällen muss aber versucht werden, durch eine rationelle Bromcur den abnormen Reizzustand des Gehirns zu beseitigen; eine Dauerheilung kann nie vorausgesagt werden, kommt aber sicher vor.

9) Tesdorpf-München: **Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Gangraen.** (Mit 2 Zinkographien.)

Verf. hat längere Zeit eine Hysterica beobachtet, bei der es an verschiedenen symmetrischen Körperpartien zu Entzündungsprocessen, zum Theil nur mit Röthung und Infiltration, zum Theil aber auch mit Blasenbildung, Eiterung, Geschwürsbildung und Gangraen kam. Diese Erscheinung führt Verfasser theilweise auf „die bei Patientin nachweislich bestehende Neigung zu unabsichtlichen Selbstverletzungen" zurück, die er als „hysterische Neigung" auffasst, bei einem anderen Theil der Hauteruptionen hält es Verf. jedoch für sichergestellt, dass sie auf anderem als mechanischen Weg zu Stande kamen, nämlich in den Fällen, wo sich das Auftreten derselben angeblich an einen psychischen Affect, Schreck, Angst u. s. w. anschloss. Dafür macht Verf. locale hysterische Ernährungsstörungen verantwortlich und bezeichnet seine Beobachtung als einen Fall von „hysterischer symmetrischer Entzündung". Verf. glaubt bewusste Selbstverletzung, die zuweilen schon bei Hysterischen beobachtet worden ist, ausschliessen zu können, der Referent nicht.

10) Rothmann-Berlin: **Ueber die Pyramidenkreuzung.** (Mit 2 Tafeln.)

Verf. berichtet über seine Befunde bei der mikroskopischen Untersuchung von Medulla oblongata und Rückenmark eines Affen, dem die linke Extremitätenregion 4 Monate ante exitum, die rechte 13 Tage vor demselben exstirpirt worden war. Die Untersuchungen erstrecken sich sowohl auf die Frage nach der partiellen oder totalen Kreuzung der Pyramidenbahnen, sowie auf die Endigung der Pyramidenfasern. Betreffs Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

11) Koenig-Dalldorf: **Ueber die bei Reizung der Fusssohle zu beobachtenden Reflexerscheinungen mit besonderer Berücksichtigung der Zehenreflexe bei den verschiedenen Formen der cerebralen Kinderlähmung.**

Verf. theilt seine Erfahrungen mit, die er bei Prüfung der von der Fusssohle auslösbaren Reflexe gemacht hat, zu einer Zeit, wo noch nicht von anderer Seite auf die Bedeutung und diagnostische Verwerthbarkeit dieser Phänomene hingewiesen worden war. Die Untersuchungen sind an einem grossen Material durchgeführt und ihre Resultate decken sich im Allgemeinen mit denen anderer Beobachter. Specielle Aufmersamkeit hat Verfasser dem Verhalten der erwähnten Reflexe bei der cerebralen Kinderlähmung gewidmet und verspricht sich davon bei dieser Erkrankung ein diagnostisches Hilfsmittel, speciell für die Entscheidung der Frage, ob es sich um eine Betheiligung der Seitenstränge handelt oder nicht. Zur speciellen Orientirung ist Nachlesen der Originalarbeit erforderlich.

12) Gumpertz-Berlin: **Beitrag zu den im Kindesalter auftretenden Seelenstörungen.**

Verf. beschreibt zunächst einen Fall von acuter Psychose, welche sich bei einem 6jährigen Kinde im Anschluss an eine Dysenterie, welche einen schweren Erschöpfungszustand zur Folge hatte, entwickelte. Letzterem legt Verf. das Entstehen der Psychose, die er als „acute hallucinatorische Verwirrtheit" bezeichnet, zur Last. Im Anschlusse daran erwähnt Verf. einige einschlägige Mittheilungen aus der Literatur. Im zweiten Falle handelte es sich um eine als Dementia paralytica gedeutete Psychose bei einem 15jährigen Jungen. In Ermangelung anderer aetiologischer Momente, neigt Verf. zu der Ansicht, dass in diesem Falle eine einige Jahre vorher durchgemachte Influenza die Ursache für die Erkrankung des Gehirns abgegeben hat, während spätere psychische Aufregungen und Anstrengungen das Leiden weiter förderten.

13) **Bücheranzeige.**

Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459—1799, herausgegeben von Prof. Dr. H. Lähr.

Heller-Erlangen.

Virchow's Archiv. Bd. 156. Heft III.

1) A. J. Jarotzky: **Ueber die Veränderungen in der Grösse und im Bau der Pankreaszellen bei einigen Arten der Inanition.**

2) K. Yamagiva: **Beiträge zur Kenntniss der Kakke (Beri-Beri).**

Die weitläufig angelegte Arbeit wendet sich polemisch gegen die Ansicht, dass die Kakke eine multiple Neuritis darstelle und bringt eine ausführliche pathologisch-anatomische und aetiologische Erörterung der Krankheit. Als wesentliche Veränderungen bei derselben betrachtet Y.: 1. Die Dilatation und Hypertrophie des rechten, Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, Fettdegeneration des Myocards; 2. Degeneration der peripherischen Nerven; 3. Atrophie und Degeneration der Skeletmuskeln; 4. parenchymatöse Degeneration der Niere; 5. Wassersucht. Hinsichtlich der Aetiologie schliesst sich Y. der Intoxicationstheorie an und betrachtet die Kakke als „eine durch den täglichen Gebrauch einer schlecht aufbewahrten Sorte von gekochtem Reis als Hauptnahrung entstehende Intoxicationskrankheit.

3) L. Pick: **Ueber Adenomyome des Epoophoron und Paroophoron (mesonephrische Adenomyome).**

Die Auffindung zweier Adenomyome mit typischen Urnierenstructuren an der Stelle des Epoophoron bringt der v. Recklinghausen'schen Ableitung der Uterus- und Tubenadenomyome aus verlagerten Urnierenkränzen eine neue Unterstützung. Durch Bildung eines centralen Adenomyoms mit grosser Hauptampulle und myomatösem Mantel können epoo- wie paroophorale Adenomyome das Bild „accessorischer Uteruskörper" erzeugen. Weiteres s. im Original.

4) Ed. Bauer: **Ueber die Wirkung der sogen. Fixationsabscesse.**

Untersuchung des Blutes und Eiters bei künstlich angelegten chemischen Abscessen (besonders mit Terpentinöl), die als „Fixationsabscesse" zuerst von Fochier zur „Ableitung" bei septischen Infectionen eingeführt wurden. Die Versuche ergaben für Mensch und Kaninchen Sterilität der Abscesse (also keine Anlockung und Fixation der Mikroben), dagegen in vielen Fällen längerdauernde Leukocytose, von welcher vielleicht günstige therapeutische Wirkungen, z. B. bei chronisch verlaufenden bezw. Vereiterung drohenden Pneumonien (Lépecie), bei pyaemischen und bacteriaemischen Processen (Fochier) erhofft werden können.

5) G. Vogel: **Ueber die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblüters.**

In den am Kaninchen angestellten Versuchen wurde Cyankalium bei Zimmerwärme nicht in bemerkenswerther Menge resorbirt, ebensowenig die durch Essigsäure frei gemachte Blausäure. Die körperwarme neutrale Lösung von Cyankalium dringt langsam, schneller die körperwarme Blausäure ein. Kohlenoxyd dringt nicht durch die unversehrte Haut; Schwefelwasserstoff erzeugt schon in kurzer Zeit schwere Vergiftung. Flüssiger Aether, sowie Chloralhydrat in Aether dringen schnell ein (Eintauchen eines Ohrs), nicht so Chloralhydrat in Alkohol oder Wasser (nach 30 Minuten keine Narkose beim Eintauchen eines Ohrs). Aetherdämpfe treten bei höherer Temperatur leicht und ohne Anätzung durch die Haut (bis zur vollen Narkose); Chloroform durchdringt die Haut (schneller bei höherer Temperatur), erzeugt aber in derselben Gerinnungen und Extravasate und hindert so selbst sein weiteres Vordringen. (Die in Chloroform getauchten Ohren mumificirten, die in Aether getauchten wurden oedematös und faulten; die ersteren Versuchsthiere blieben nach Abstossung der nekrotischen Stücke lebend, die Aether-Versuchsthiere starben an seröser Pericarditis und Pleuropneumonie.) Strychnin. nitr. in Wasser ging nicht über, wohl aber Strychninhydrat (s. pag. 576) in Chloroform. Physostigmin. salicyl. wurde in Wasser nicht, leicht in Chloroform resorbirt. Salicylsäure, in Aether gelöst und mit Paraffinsalbe verrieben, geht bei kräftigem Einreiben in die menschliche Haut direct über (noch nach 10 Stunden im Harn nachweisbar). Bei der Salicylsäure kommt deren harnsäurelösende Wirkung (Unna) in Betracht, welche auch die Resorption anderer beigemengter Stoffe erleichtert (Quecksilbervergiftung durch Salicylpräcipitatsalbe, s. Orig. S. 580).

6) A. A. Christomanos: **Das Schicksal der rothen Blutkörperchen bei der Haemoglobinurie.**

Glycerin-Haemoglobinurie beim Kaninchen. Die Ablagerung der ganz oder fast haemoglobinberaubten Erythrocyten in Milz- und Knochenmarkzellen wird zur Erklärung des spodogenen Milztumors und der Knochenschmerzen bei Haemoglobinurie herangezogen; durch Verstopfung der Harncanälchen mit eindickendem Haemoglobin kann Anurie erzeugt werden.

7) O. Israel: **Bemerkung zu der Arbeit von G. Schmauch: „Ueber endoglobuläre Körperchen in den Erythrocyten der Katze".** Eugen Albrecht-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. No. 21.

1) Ph. Jung: **Beitrag zur Kraurosis vulvae.** (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Greifswald.)

Nach einer Demonstration im medicinischen Verein zu Greifswald am 6. Januar 1900. Referat, siehe diese Wochenschr. No. 7, pag. 236.

2) Zaudy: **Ein Fall von Rotz.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Göttingen.)

Casuistische Mittheilung, interessant durch die mangels einer greifbaren Infectionsquelle, sowie durch atypische Symptome erschwerte Diagnose.

3) Herm. Liesau: **Weitere klinische Erfahrungen über Aspirin.** (Aus der allgemeinen Krankenanstalt in Bremen.)

Die an 40 Fällen, welche mit Aspirin (Acetylsalicylsäure) behandelt wurden, gemachten Erfahrungen bestätigen die bisherigen Angaben über dessen Vorzüge. Dasselbe schmeckt angenehm, greift den Magen gar nicht an, Ohrensausen tritt nur in seltenen Fällen ein. Die Wirkung ist eine sichere und prompte, antineuralgische und antipyretische, die diaphoretische Wirkung des Mittels ist noch grösser als die der gewöhnlichen Salicylpräparate. Der allgemeinen Verbreitung des Mittels steht jedoch der hohe Preis noch immer im Wege.

4) Lipowski: **Beiträge zur Pathologie des Blutes.** (Aus der inneren Abtheilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde in Berlin.)

Kritische Betrachtungen über die Bedeutung des Blutbefundes für die Diagnose und die Aetiologie der perniciösen Anaemien unter Mittheilung einiger Fälle.

5) O. Witzel und C. Hofmann-Bonn: **Die Gastroenterostomosis, Gastrostomosis und ihre Verbindung zur Gastroenterostomosis externa.** (Schluss aus No. 20.)

Das Princip der Gastroenterostomia externa besteht darin, dass ein Gummischlauch, welcher nach der von Witzel für die Gastrostomose angegebenen Methode in die vordere Magenwand eingenäht wird, weiterhin quer durch den Magen und durch die Gastroenterostomose hindurch bis in den abführenden Jejunumschenkel geleitet wird, so dass die in denselben eingegossene Flüssigkeit mit Umgehung des Magens, des Duodenums und des zuführenden Schenkels direct in den abführenden Theil des Jejunum gelangt. Auf die Details der Technik der Operation und die weiteren Ausführungen der Arbeit kann hier nicht näher eingegangen werden. F. Lacher-München.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXX. Jahrg. No. 10.

E. Feer-Basel: **Neuere Fortschritte und Bestrebungen in der Säuglingsernährung.**

Zunächst werden die Unterschiede von Frauen- und Kuhmilch besprochen. Erstere ist reicher an Lactalbumin, Opalisin (Wroblewsky), Nucleon (Sigfried), Lecithin, Milchzucker, letztere an Casein (das aber gröber und leichter gerinnt), Salzen und speciell anorganischen Phosphorverbindungen; dann die zahlreichen Versuche, die Kuhmilch der Frauenmilch ähnlich zu machen: Verdünnung mit Wasser, Zusatz von Milchzucker, Milch nach Biedert, Gärtner, Backhaus, Voltmer, Rieth, Pfund. Die starke Verdünnung wird wieder mehr verlassen wegen der dabei nöthigen grossen Flüssigkeitszufuhr, da es besonders wichtig ist, nicht zu oft und zu viel zu geben (leicht Magenüberdehnung). Verfasser gibt meist ⅔ Milch und ⅓ ca. 10 proc. Milchzuckerwasser, eventuell mit Rahmzusatz.

Eine grosse Schwierigkeit ist die bacterielle Verunreinigung der Kuhmilch. Von der langen Sterilisation (Soxhlet) kommt man allmählich ab. Denn durch das Kochen leidet die Verdaulichkeit (das Albumin wird gespalten, Lecithin und die diastatischen Fermente zersetzt, die Löslichkeit der Kalksalze und des Caseinphosphors vermindert, Milchzucker caramelirt, die Fettkügelchen gröber), überdies werden giftbereitende proteolytische Bacterien (Flügge) doch nicht getödtet. Daher bevorzugt man jetzt die Sorge für möglichst reine Milchgewinnung und sofortige Kühlung und die Pasteurisation.

Bei acuten Verdauungsstörungen empfiehlt sich absolute Nahrungsabstinenz, nur Wasser oder Thee, bei chronischen thun die Milchpräparate wechselnd gute Dienste. Die Frage der Mehlverdauung der Säuglinge ist noch nicht entschieden.

Vom 6. bis 8. Monat an ist ein Zusatz von gewöhnlichen oder Kindermehlen von Vortheil (besonders Theinhardt's Kindernahrung).

G. Rheiner-St. Gallen: **Ueber Pneumonie im Kindesalter.** (Schluss folgt.) Pischinger.

Französische Literatur.

Ch. Féré: **Die Toleranz der Brompräparate bei älteren Epileptikern.** (Revue de médecine, Janar 1900.)

Diese in den Pariser medicinischen Gesellschaften jetzt viel besprochene Frage, welche von Manchen dahin beantwortet wird, dass längere Brommedication, besonders bei älteren Leuten, schädlich sei, macht hier F. zum Gegenstand einer statistischen Arbeit. Die 10 kurz beschriebenen Fälle betreffen Epileptiker im Alter von 52—69 Jahren, was an sich nach F. keine Seltenheit zu sein scheint.. Dieselben hatten oft besten Erfolg von den Bromsalzen und manchmal werden ihre Anfälle durch schwache Dosen von 4—5 g in sehr kurzer Zeit zum Verschwinden gebracht; bei anderen war das Leiden hartnäckiger und musste progressiv mit der Brommenge, in einem Falle bis zu 22 g pro Tag, gestiegen werden. Irgend welche Zufälle wurden dabei nicht beobachtet. Die älteren Leute unterschieden sich dabei in Nichts von den jüngeren, Insufficienz der Nieren, welche die Bromwirkung nicht aufkommen lässt, ist eine Gegenindication für alle Altersstufen. Wichtig ist, die Empfänglichkeit des Individuums durch langsames Ansteigen der Dosen zu prüfen. F. lässt die Patienten gewöhnlich wenigstens 1 Monat hindurch auf der gleichen Dosis. Die von Richet und Toulouse empfohlene Entziehung von Kochsalz aus der Nahrung, um die Bromwirkung zu erhöhen, kann er aus verschiedenen Gründen nicht gut heissen.

Abadie: **Intermittirende Ptosis auf hysterischer Grundlage.** (Ibid.)

Genaue Beschreibung von 2 Fällen dieser seltenen hysterischen Affection bei einer 40, resp. 13jährigen Patientin. Anfallsweise und nur kurz dauernd trat bei beiden in Folge irgend welcher psychischen Einflüsse doppelseitiger Verschluss der Augenlider auf; ausser vollständiger Schlaffheit der Oberlider war keine physische oder geistige Störung vorhanden.

R. Jemma-Genua: **Untersuchungen über die pathogene Wirkung der Milchbacterien (proteolytische Bacterien oder Caseinfermente).** Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Januar 1900.)

Aus den Untersuchungen von J. geht hervor, dass die sogen. Caseinfermente in der Milch meist zur Gruppe des Bacillus subtilis gehören; derselbe hat keinen pathogenen Einfluss auf die Versuchsthiere. Auch zur Gruppe des B. mesentericus vulgatus gehörend erwiesen sich manche Fermente; einige davon haben pathogene Wirkung und zwar nur bei intestinaler Einverleibung, nicht bei Einführung in das Peritoneum, Blut und unter die Haut. Es geht daraus hervor, dass die pathogene Wirkung dieser Bacterien nicht von secernirten Toxinen, sondern von Störungen, die sie im Inhalt des Darmcanals und der Darmschleimhaut hervorrufen, abhängig zu sein scheint. Der Bacillus butyricus Hueppe und dessen verwandte Varietäten, aus der Milch isolirt, sind fast ohne jede pathogene Wirkung.

Axel Johannesen-Christiania: **Die Hypertrophie und Dilatation des Dickdarms im Kindesalter.** (Ibid., Februar 1900.)

Diese zuerst von Hirschsprung (1886) beschriebene Affection beobachtete J. bei 3 Kindern im Alter von 14 Monaten bis 2½ Jahre und männlichen Geschlechts. Diese 3 Fälle bieten alle das gleiche Bild: Unmittelbar nach der Geburt Stuhlträgheit, manchmal bloss einige Tage Intervall zwischen jedem Stuhl, manchmal 2—3 Wochen und wie in Fall III 33 Tage. Zuweilen treten auch Diarrhoen von wechselnder Dauer und Intensität auf. Die Retention der Faecalmassen ist begleitet von beträchtlicher Ausdehnung des Unterleibes, die kurz nach der Geburt auftritt und oft hohen Grad annimmt (bei dem 14 Monate alten Kinde war der Leibesumfang 72 cm). Das Allgemeinbefinden ist relativ gut. Die Autopsie zeigte im eben erwähnten Fall (I) den ganzen Dickdarm von der Stärke eines Mannsarmes und die Wände desselben stark verdickt, ausserdem bildete das S romanum 2 abnorme Krümmungen unterhalb des Kolon transversum. J. ist nicht der Ansicht von Hirschsprung und Anderen, dass die Hypertrophie und Dilatation des Dickdarms eine angeborene Abnormität sei, sondern sie entstehe erst nach der Geburt secundär (Arbeitshypertrophie) in Folge abnormer angeborener Krümmungen des S romanum.

Guénot und Remlinger-Tunis: **Ein Fall von Lepra der Augen.** (Presse médicale, No. 9, 1900.)

Während nach dem Urtheil der meisten Autoren die Lepra der Augen eine frühzeitige Erscheinung dieses Leidens ist, trat sie im vorliegenden Falle, welcher eine Eingeborene im Alter von 48 Jahren betraf, erst im sechsten Jahre nach Beginn der Krankheit auf. Die Augenaffection nahm im Gegensatz zu dem übrigen Leiden einen ausserordentlich raschen Verlauf, in weniger als 6 Monaten war aus einer unbedeutenden, am inneren Augenrand sitzenden Papel eine volumindse Neubildung geworden, welche den Verlust des Auges zur Folge hatte. Die begleitende Iritis hatte schon vollständigen Pupillenverschluss herbeigeführt, war aber ohne schmerzhafte Reaction. Wäre nicht Anaesthesie der Haut vorangegangen, so wäre die Unterscheidung von Syphilis oder Tuberculose des Auges sehr schwer geworden. Die bacteriologische Untersuchung von excidirten Gewebsstückchen bestätigte ebenfalls die Diagnose; der Hansen'sche Bacillus war in grösserer Mengen vorhanden; die beiden Autoren heben die Erleichterung der Diagnose durch die bacteriologische Untersuchung (Färbung nach Ehrlich) hervor, die rasch von jedem Arzte ausgeführt werden könne.

W. Podwyssotzki-Kieff: **Experimentelle Studie über den parasitären Charakter der Tumoren.** (Ibid., No. 13. 1900.)

Die russischen Forscher Woronim (1874) und Navarin (in jüngster Zeit) haben den Nachweis geführt, dass Plasmodophora Brassiae als einer der hauptsächlichsten Keime der pathologischen Neubildungen im Reiche der Vegetabilien anzusehen sei. Podw. machte nun dahin Versuche, dass er unter die Haut und das Bauchfell von Kaninchen und Meerschweinchen kleine Stückchen derartig inficirter Pflanzentheile (Kohl) injicirte; es entstanden bei diesen Thieren Geschwülste (vom Mesoderm aus), welche jedoch nur von vorübergehender Dauer waren — eine heilsame Phagocytose bewahrte die Thiere vor der Generalisation der Geschwulst. Die entstandenen Geschwulstmassen wurden genau mikroskopisch, auf Schnitten u. s. w. untersucht (7 Abbildungen) und erwiesen sich als myxomycetische Granulome parasitärer Natur.

M. Busquet: **Furunculöser Ausschlag mit dem Eberth'schen Bacillus im Verlaufe des Typhus abdominalis.** (Presse médicale No. 21, 1900.)

Bei einem jungen Soldaten traten am 24. Tage eines im Uebrigen regulär verlaufenen Typhus (am zweiten Tage der Defervescenz) zahlreiche Furunkeln von Erbsen- bis Wallnussgrösse auf, welche in Intervallen von 5 Tagen einen grossen Theil des Körpers befielen. Im Eiter aller dieser Furunkeln wurde nur eine Form von Mikroorganismen aufgefunden; dieselben schienen sowohl in ihrer morphologischen Beschaffenheit wie in den Cultureigenschaften, nach ihrer Agglutinirung durch Typhusserum, sowie schliesslich ihrer pathogenen Wirkung auf die Versuchsthiere mit dem Eberth'schen Bacillus völlig identisch zu sein.

Paul Berger: **Die Endotheliome der Knochen.** (Revue de chirurgie, Januar 1900.)

Ein Fall von pulsirendem Sarkom (Endotheliom) des Humerus mit spontaner Fractur bei einem 58jährigen Mann kam Verfasser zur Beobachtung und Operation (Entfernung des Schultergürtels); die mikroskopische Untersuchung lehrte, dass es sich um eine gleichmässige, aus Cylinderzellen bestehende Neubildung handelte, die von anderer Seite als Alveolarsarkom bezeichnet wird. Der vasculäre, endo- oder peritheliale, Ursprung der Geschwulst war in dem vorliegenden Falle zweifellos, ebenso wie B. eine Reihe ähnlicher Fälle aus der Literatur anführt; als weitere Arten der Entstehung kommt vor Allem das Bindegewebe in Betracht, jedoch bedarf es noch, wie B. schliesslich gesteht, sehr eingehenden

Studiums, um eine genaue wissenschaftliche Erforschung dieser Endotheliome und Differenzirung derselben von den anderen Arten der Osteosarkome zu ermöglichen.

F. Terrier: **Ueber Appendicitis.** (Ibid.)

Eine ausführliche Arbeit über dieses Thema, welches in letzter Zeit so viel besprochen wird, über die verschiedenen Operationsmethoden und deren specielle Indicationen. Aetiologie, — T. hält die Appendicitis für eine Krankheit des jugendlichen Alters, besonders zwischen 5 und 15 Jahren vorkommend — Pathogenese, pathologische Anatomie, Eintheilung in die verschiedenen Unterarten [a) einfache Appendicitis, b) abgekapselte Peritonitis perappendicularis, c) Appendicitis mit allgemeiner eitriger Peritonitis, d) mit septischer diffuser Peritonitis und e) chronische Appendicitis]. Diagnose und Prognose sind genauer besprochen. Speciell erwähnenswerthe Einzelheiten sind aus der Arbeit, welche in ihrer Zusammenfassung das Thema trefflich beschreibt, nicht hervorzuheben.

Oscar Bloch-Kopenhagen: **Die Einschränkung der allgemeinen Anaesthesie.** (Ibid.)

Wie jetzt allenthalben die Chirurgen an Stelle der Allgemein-Narkose die locale Anaesthesie zu setzen trachten, so war auch B. in den letzten Jahren bemüht, dies Ziel zu erreichen; als locales Mittel wandte er hauptsächlich Chloraethyl an. 503 Operationen, worunter 183 Herniotomien, Tracheotomien und Colostomien (Enterostomie), führte er mit letzterem allein aus; die genannten Operationen sind desshalb hervorzuheben, weil jeder Arzt täglich in die Lage kommen kann, sie allein ausführen zu müssen. In der Ueberzeugung, dass von allen Geweben des menschlichen Körpers die Haut das sensibelste, viele tiefliegenden Gewebsschichten aber unempfindlich sind, hält es Bl. in den meisten Fällen nicht zu lange dauernder Operationen für völlig genügend, die Haut in absolut unschädlicher Weise zu anaesthesiren. Als zweite und wichtigste Art der Anaesthesie wandte er sodann die locale mit Chloraethyl an, welcher jedoch eine kurz dauernde mit Choroform (Tropfmethode) vorhergeht. 393 Fälle wurden auf diese Weise behandelt, die Mehrzahl der Patienten (267) inhalirten nur 1—6 ccm Chloroform, 12 derselben mehr wie 15 ccm, wovon jedoch nur einer über 30 ccm. Bei dieser Methode operirt man gleichsam mit Zuhilfenahme mehrerer leichter Anaesthesien, welche aufeinander folgen, indem man immer wieder, wenn es der Zustand des zu Operirenden oder die lange Dauer des Eingriffes erfordert, Chloroform aufgiesst; Bl. ist überzeugt, dass bei den meisten grossen Operationen diese Methode die allgemeine Narkose ersetzen kann. Weitere 252 Kranke wurden drittens mit Chloroform allein anaesthetisch gemacht, wobei ebenfalls der Verbrauch ein sehr geringer war: 146 haben 1—6 ccm inhalirt (77 weniger wie 3 ccm), 17 Kranke mehr wie 15 ccm, wovon nur einer mehr wie 30 ccm. Eine Tabelle gibt die Uebersicht über die verschiedenen Operationen, die dabei angewandte Anaesthesie und die Menge der verbrauchten Mittel. In einem besonderen Abschnitt behandelt Bl. die Sensibilität der verschiedenen Gewebe des menschlichen Körpers und kommt auch hierbei, z. Th. auf Grund früherer Experimente, zu dem Schlusse, dass man mit Chloraethyl allein grosse Operationen vornehmen kann, d. h. mit blosser Betäubung der Hautnerven, ohne dem Kranken erwähnenswerthe Schmerzen zu verursachen.

L. Longuet: **Chirurgische Behandlung der Genitaltuberculose beim Manne.** (Ibid.)

Nach einem historischen Ueberblick, der 3 Perioden unterscheidet (conservative von 1820—1875, radicale — 1895 und 1895 bis 1899 wiederum conservative) bespricht L. Indicationen und Gegenindicationen des chirurgischen Eingriffes und die verschiedenen Methoden (conservative: partielle Enucleation, typische Epididymo-Deferentektomie, Epididymotomie, und radicale Castration). Sowohl die letztere wie die reine Abstinenzmethode verwirft L. und plädirt für die goldene Mittelstrasse, wobei typische und atypische Resectionen in verschiedener Anzahl zu wählen sind, ohne dass (stets) der ganze Hoden geopfert werden muss. Diese schon von Malgaigne empfohlene wirklich chirurgische Technik hat sich Longuet in 30 selbst beobachteten Fällen vortrefflich bewährt. Stern-München.

Vereins- und Congressberichte.

25. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte.

26. und 27. Mai in Baden-Baden.

(Eigener Bericht.)

Am 26. und 27. Mai fand zu Baden-Baden die 25. Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte statt bei einer Betheiligung von nahezu 100 Mitgliedern.

1. Herr **Erb**-Heidelberg berichtete über die Entwicklung der Versammlung und ihre neurologischen Leistungen. Auf die Anregung von Ludwig-Heppenheim 1874 wurde die Versammlung gegründet, die erste, welche nach dem Vermächtniss Griesinger's unter der Doppelflagge der Neurologie und Psychiatrie zusammentrat. Von den 395 bisher gehaltenen Vorträgen betrafen 348 die Neurologie, nur 47 die Psychiatrie. Zahlreiche wichtige Forschungsergebnisse erblickten in dieser Versammlung das Licht der wissenschaftlichen Welt, so die partielle Entartungsreaction, die spastische Spinallähmung, die Myasthenia gravis pseudoparalytica, die Dystrophieformen, die Golt z'schen Hirnexperimente u. a. m. Neben der anatomischen, physiologischen und klinischen Forschung aus dem Bereich der Nervenlehre wurden auch die Grenzgebiete, vor Allem die Fragen der Ophthalmologie, Otiatrie u. s. w. gepflegt.

2. Herr **Fürstner**-Strassburg erstattet den Festbericht über die psychiatrischen Leistungen der Versammlung in dem verflossenen Vierteljahrhundert. Zahlreiche methodologische Errungenschaften wurden besprochen, hirnanatomische Fragen wurden behandelt, pathologische Befunde erörtert und klinische wie therapeutische Themata kamen zum Vortrag. Eine Reihe von Mittheilungen betrafen psychophysische Fragen. Im Ganzen blieben die Resultate der Psychiatrie etwas zurück gegenüber denen der Neurologie.

3. Herr **Edinger**-Frankfurt: **Hirnanatomie und Psychologie.**

Die Aufgabe lautet, wie weit wir Handlung und Wesen eines Thieres auf anatomischer Grundlage erklären können. Der anthropomorphisirende Weg hat uns nicht weiter gebracht. Viele Eigenschaften des Thiers, die uns beseelt erscheinen, haben nicht einmal mit dem Nervensystem etwas zu thun, z. B. die Tropismen. Eine grosse Anzahl relativ complicirter Processe lässt sich als Reflex auffassen. Das Problem des Gedächtnisses lässt sich erklären, ohne das Bewusstsein zu streifen. Erst mit dem Auftreten der Hirnrinde wird das Nervensystem weit leistungsfähiger; es treten die Leistungen auf, die man gewöhnlich „psychisch" nennt, insbesondere die reichen Associationsbahnen kommen dann in Betracht, während grosshirnlose Thiere psychisch äusserst wenig leisten. Das complicirte Denken des Menschen können wir noch nicht auf das complicirte menschliche Gehirn im Einzelnen zurückführen, vielmehr muss die Forschung für's Erste die niederen Wirbelthiere heranziehen.

4. Herr **Bethe**-Strassburg: **Wie finden die Thiere nach Hause?**

Viele Thiere haben kein Heim, vor Allem die pelagischen, auch die Meersäuger, dann Salamander, Insecten u. s .w. Manche, wie Adler, haben das Nest nur zur Brutpflege. Das Hauptorientirungsmittel des Menschen ist das Auge; manche finden sich auch in der Dunkelheit gut zurecht durch den Richtungssinn. Dieser spielt bei den Vögeln eine grosse Rolle, Tauben fliegen auch im Nebel sicher zum Ziel. Wichtig ist der Geruch. Eine Schnecke hinterlässt Riechstoffe in ihrer Schleimspur. Ameisen folgen einer polarisirten Geruchsspur. Für fliegende Insecten müssen ganz andere, noch unbekannte Hilfsmittel zur Orientirung bestehen.

5. Herr **Hoche**-Strassburg: **Shakespeare und die Psychiatrie.**

Shakespeare kann als Zeuge der Anschauung seiner Zeit über Ursachen, Wesen und Behandlung des Irrsinns gelten. Gemüthbewegungen spielen, wie heute noch bei Laien, die Hauptrolle in aetiologischer Hinsicht. Von Shakespeare's Simulanten, Edgar und Hamlet, copirt jener einen Tollhausbettler, einen ungeheilt entlassenen Kranken; es schwebte dem Dichter wohl ein concreter Fall vor. Hamlet dagegen ist willkürliche Construction, nach Bedarf des Stückes. Naturtreuer sind Lear und Ophelia, deren erotische Lieder auf ein Vorbild hinweisen. Accessorisch lässt sich das Motiv des Irrsinns verwerthen, wie bei Gretchen. Auf eine Geistesstörung den Plan des Stückes aufzubauen, ist verfehlt; es würde zu naturwidrigen Constructionen führen. Um so werthvoller sind die Grenzgebiete für die Dichtung.

6. Herr **Kraepelin**-Heidelberg: **Ueber Merkfähigkeit.**

Das Gedächtnissproblem fragt einmal nach dem, was Einer von früher erworbenen Vorstellungen reproduciren, und dann nach dem, was er sich frisch merken kann. Letztere Eigenschaft, die Merkfähigkeit, wurde an einem Apparat geprüft, der Gruppen von Zahlen und Buchstaben kurze Zeit (0,017 Sec.) exponirte. Die Eindrücke haben ihre grösste Deutlichkeit nicht sofort nach der Exposition, sondern 8 bis 15 Secunden später. Ferner kommt es darauf an, ob das Gemerkte richtig ist; diese Curve erreicht ihren Gipfel früher und sinkt eher als die, welche die Menge der aufgenommenen Eindrücke anzeigt. Die Erinnerungsfälschungen werden besonders begünstigt durch die Nachwirkung früherer Versuche. Ferner wechselt das Gefühl der subjectiven Sicherheit. Manchmal sind 50 Proc. der als sicher angegebenen Wahrnehmungen falsch. Dieser Nachweis ist äusserst wichtig in

Rücksicht auf die Rolle, die die Erinnerung bei Zeugenaussagen vor Gericht spielt. Unter Alkohol nehmen die richtigen Einprägungen um 15 Proc. ab, die Fehler um 72 Proc. zu, die Erinnerungsfälschungen werden ungemein zahlreich. Bei polyneuritischer Psychose betrug die Auffassungsfähigkeit nur ein Zehntel der normalen; die richtigen Einprägungen erfolgten am günstigsten 30 Secunden nach dem Reiz. Bei Senilen fand sich, dass die Wahrnehmungen nach längerer Zeit erst deutlich werden und sehr rasch die Bilder wieder verblassen. Bei fortgesetzten Versuchen reproduciren sie nicht das letzte, sondern nur das vorletzte gesehene Bild.

7. Herr **Schultze**-Bonn: **Ueber die Entwickelung und den gegenwärtigen Stand unserer Anschauungen über Hysterie.**

Vortragender skizzirt die Grundzüge des klinischen Bildes, die psychischen Symptome, die Bewegungs- und Sinnesstörungen u. s. w. Hysterisches Fieber hält er nicht für sicher nachgewiesen, während er in der reizbaren Schwäche ein Symptom der mit Hysterie vielfach verbundenen Neurasthenie erblickt. Er schildert die bisherigen Erklärungsversuche, die im Uterus, im Hirn, in den Reflexverhältnissen, im Stoffwechsel die Ursache vermutheten. Auch Charcot, Janet und die moderneren Theorien liefern keinen befriedigenden Einblick in das Wesen der Hysterie.

8. Herr **Laquer**-Frankfurt: **Ueber die ärztliche Bedeutung der Hilfsschulen für schwachbefähigte Kinder.**

Als Schularzt an der Hilfsschule für schwachbegabte Kinder in Frankfurt entwirft er ein Bild der dortigen Verhältnisse. Nur Schüler, die nach 2jährigem, regelmässigen Schulbesuch der untersten Classen das Ziel nicht erreichen, ohne an den Sinnesorganen zu leiden, werden aufgenommen. ½ Proc. aller Kinder werden zugeführt, jedoch noch nicht die Hälfte dieser kommt zur Aufnahme. Viele zeigen körperliche Complicationen. Die Bedeutung der adenoiden Vegetationen ist minimal. Ganz idiotische Kinder kommen in die Idiotenanstalt; schwierig ist die Unterbringung der Moralisch-Schwachsinnigen, die für die Kinder in den Hilfsschulen verderblich sind. Zur Feststellung der Bildungsunfähigkeit bedürfen wir, so lange die Untersuchungsmethoden nicht vollkommener sind, noch der Hilfe der Lehrer. Grosse und mittlere Städte sollten durchweg Hilfsschulen mit Tagesinternat errichten. Für das Weiterkommen entlassener Hilfsschulzöglinge sind besondere Einrichtungen zu treffen, etwa Prämien an Handwerksmeister, bei denen die Schwachbefähigten mit Erfolg zur Lehre waren.

9. Herr **Frey**-Baden-Baden: **Ueber die Behandlung von Neuralgien mit der Heissluftdouche, mit Demonstration des Apparates.**

Vortragender erklärt seinen Apparat, der vor dem Tallermann'schen u. a. den Vorzug hat, dass er strömenden Dampf liefert und somit lebhaften tactilen Reiz verursacht. Es können 4000 cbm Luft in der Stunde durch den Heizkörper getrieben werden. Jeder Körpertheil, ob gross oder klein, kann zur Behandlung kommen. Die Gefahr der Verbrennung durch die Gase ist ausgeschlossen. Es kann stärkste Schweisssecretion hervorgerufen und Massage, sowie Passivgymnastik damit verbunden werden. Als wirksam hat sich der Apparat bei Gicht, Rheumatismus und insbesondere bei Neuralgien erwiesen.

10. Herr **Dinkler**-Aachen: **Ueber Landry'sche Paralyse.**

Vortragender bespricht einen ausgeprägten Fall, bei dem die Section und mikroskopische Untersuchung im motorischen Gebiet umschriebene Erkrankung fand. Im Rückenmark zeigte sich Affection der Gowers'schen Bündel, Kleinhirnseitenstrangbahnen, Clarke'schen Säulen u. a., ferner waren die hinteren Wurzeln erkrankt, während die Spinalganglien keine Veränderung zeigten. Die peripheren Nerven waren degenerirt. (Demonstration von Mikrophotogrammen.)

11. Herr **Erb**-Heidelberg: **Ueber Frühdiagnose der Tabes.**

Es findet sich öfter diagnostische Unsicherheit gegenüber Individuen, die früher Syphilis hatten und nun über lancinirende Schmerzen oder andere subjective Beschwerden klagen, während objectiv fast nichts nachweisbar ist. Vortragender schildert mehrere Fälle der Art, so einen, der Infection aufwies, seit 7 Jahren über lancinirende Schmerzen in Armen und Beinen und Müdigkeit klagte, objectiv aber nur reflectorische Starre der einen Pupille zeigte. Schwierig und oft verkannt sind Fälle mit vorwiegend gastrischen Symptomen. Am treffendsten sind derartige Fälle als unentwickelte Formen der Tabes aufzufassen.

12. Herr **Hoffmann**-Heidelberg: **Ueber Thomsen'sche Krankheit.**

Vortragender geht aus von einem Fall mit Combination von Thomsen'scher Krankheit und Muskelatrophie. Es sind eine Reihe derartiger Fälle beschrieben. Die Atrophie bei Thomsen kann sein: 1. eine zufällige, in Folge von Neuritis, Poliomyelitis u. dergl., stationär; 2. eine progressive Muskelatrophie. Die Entartungsreaction ist bei myotonischer Reaction schwer festzustellen. Der Sitz der Krankheit ist noch nicht endgiltig bestimmt.

13. Herr **Nissl**-Heidelberg: **Ueber einen Fall von Geistesstörung bei einem Hunde.**

Es handelt sich um einen 2jährigen Hund, ohne hereditäre Belastung, gut entwickelt, mit rechtzeitiger Räude, der bei einem Spaziergang plötzlich sein Wesen änderte, stumpf wurde, sich nicht mehr um die Umgebung kümmerte und einen zunehmenden Verfall seiner Functionen zeigte. Er lief im Kreis herum, kannte den Herrn nicht mehr, wurde unrein. Er wich nicht mehr den Hindernissen aus, stiess überall an, fiel oft hin und konnte sich kaum aufrichten. Appetit und Verdauung waren gut. Pupillen waren weit und reagirten träge. Da der Hund immer blöder und hilfloser wurde, tödtete man ihn. Nur die Hirnrinde zeigte ausgesprochene pathologisch-anatomische Veränderungen. Die Gefässwände waren massenhaft zellig infiltrirt, zum Theil auch das umgebende Gewebe, die adventitiellen Scheiden waren ausgefüllt. Dem gegenüber traten die Veränderungen an Nervenzellen, -fasern und Glia zurück. Am meisten entsprach dieser Befund dem bei der nichteitrigen Encephalitis.

14. Herr **Kreusser**-Schussenried: **Spätgenesungen bei Geisteskranken.**

Als Spätgenesungen sind die Fälle zu bezeichnen, bei denen nach 3jähriger Krankheitsdauer noch Heilung eintritt. Ein einzelner Fall findet sich verzeichnet, der nach 21jähriger Krankheit noch zur Genesung kam. Meist sind es Fälle, die acut begonnen haben, vorzugsweise in depressiver Färbung. Besonders ist das klimakterische Alter die Zeit, in der die günstige Wendung eintritt. Vortragender glaubt, dass es sich nicht um etwas Accidentielles handelt, sondern dass die Spätheilung im Wesen der Krankheit begründet liegt.

15. Herr **Aschaffenburg**-Heidelberg: **Das Recht chirurgischer Eingriffe bei Geisteskranken.**

§ 223 S.G.B. bedroht den Arzt, der einen Eingriff, den er für nothwendig hält, bei einer Person vornimmt, die ihre Zustimmung nicht zu äussern in der Lage ist. Diese Lücke in der Gesetzgebung auszufüllen, schlägt Vortragender folgende Bestimmungen vor: 1. Aerztliche Eingriffe sind, abgesehen von den Fällen der Fahrlässigkeit und absichtlicher Schädigung, nicht als Körperverletzungen zu betrachten. 2. Die Einwilligung der Kranken ist vorher einzuholen, darf aber als gegeben betrachtet werden, wenn der Aufschub des Eingriffs mit Gefahr für Leib und Leben des Kranken oder Verletzten verbunden ist und eine Einwilligung unmöglich erscheint. 3. Bei Geisteskranken und Kindern sind die gesetzlichen Vertreter zur Ertheilung der Einwilligung befugt; beim Fehlen eines gesetzlichen Vertreters oder bei Weigerung, die Zustimmung zu geben, entscheidet, abgesehen von Nothfällen, der Vormundschaftsrichter.

16. Herr **v. Monakow**-Zürich: **Pathologische und anatomische Mittheilung über die optischen Centren des Menschen.**

Vortragender bespricht einen äusserst interessanten Fall, in dem ein Individuum bei der Geburt erblindet war, und mit 75 Jahren starb. Ein Theil der im Uebrigen unentwickelten Sehstrahlung zeigte sich völlig intact. Dieser von Vortragendem als Thalamusstiel des Corpus geniculatum externum bezeichnete Theil ist offenbar functionell different von der übrigen Sehbahn. Ein anderer Fall, der bisher nur makroskopisch untersucht ist, ergibt ähnliche Beziehungen. Zahlreiche Präparate und Zeichnungen erläutern den Vortrag.

17. Herr **Neumann**-Strassburg: **Beitrag zur Kenntniss der Epiphysistumoren.**

Vortragender bespricht 2 Fälle, deren erster an Stelle der Epiphyse eine Cyste im 3. Ventrikel mit wasserhellem Inhalt zeigte, während ein 2. Tumor, ein ganglionäres Neurogliom, den Aquaeduct verschloss. In diesem und dem anderen Fall war die Thymus persistent. Die Fälle in der Literatur betreffen vorzugsweise junge, männliche Individuen. Herdsymptome sind gering, meist Augenmuskelstörung; stärker sind die Allgemeinerscheinungen. Der Verschluss des Aquaeducts soll sich kundgeben in raschem Verlauf, der schlechten Wirkung der Jodkalibehandlung und dem Fehlen der Pulsverlangsamung. W.

Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena.

Section für Heilkunde.
(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 22. Februar 1900.

1. Herr **Brodmann: Neuritis ascendens traumatica ohne äussere Verwundung** (Krankendemonstration).

Der Vortrag erscheint in extenso in der Münch. med. Wochenschr.

2. Herr **Dansauer: Ein Fall von Korsakoff'scher Psychose.**

Es handelt sich um eine 53 jährige Dame, die früher nie ernstlich krank gewesen sein soll und seit Jahren Potatrix ist. Im Laufe des verflossenen Jahres trat Erschwerung des Gehens, Ende October völlige Aufhebung der Gehfähigkeit ein. Dabei heftige Schmerzen in den Gliedern, besonders in den Beinen, Magenbeschwerden, Schwindel, Schwerhörigkeit, Schlaflosigkeit, Erregungszustände; die Kranke wurde höchst vergesslich, erkannte Personen nicht wieder, die sie eben gesehen hatte, glaubte ihren Sohn sprechen zu hören.

Am 24. XI. 1899 wurde sie in die hiesige psychiatrische Klinik aufgenommen. Auf somatischem Gebiete fanden sich Tachycardie und ausgeprägte Symptome einer schweren multipeln Neuritis: schlaffe Paraparese der Arme und Beine mit geringer Ataxie und degenerativer Muskelatrophie, Fehlen der Haut- und Sehnenreflexe, distalwärts stärker ausgeprägte Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit an den Extremitäten, Taubheitsgefühl in den Fusssohlen und starke Druckempfindlichkeit des Ischiadicus, Peroneus und der Oberschenkel- und Wadenmusculatur.

Auf psychischem Gebiet war das hervorstechendste Symptom eine hochgradige Vergesslichkeit für die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit, während das Erinnerungsvermögen für die fernere Vorvergangenheit nur hie und da Lücken und Ungenauigkeiten aufwies. Die Orientirung in Raum und Zeit fehlte vollkommen; die Kranke wusste weder Datum noch Jahreszahl, konnte ihr Lebensalter auch nicht annähernd angeben, hatte keine Ahnung, wo sie war und woher sie kam, hatte vergessen, wer sie hieher gebracht hatte. Dagegen gab sie ihren Geburtstag, Stand ihres Vaters, Berufsart ihrer Kinder, frühere Aufenthaltsorte, wichtigere Ereignisse ihres früheren Lebens richtig an. Die Amnesie war retrograd und erstreckte sich auf mehrere Jahre vor der jetzigen Erkrankung. Während die räumliche Orientirung in der Folge wenigstens zeitweilig vorhanden war, war die zeitliche Desorientirung andauernd sehr ausgesprochen; die Kranke verwechselte die Tageszeiten, wusste nicht, ob sie ihre Mahlzeiten schon eingenommen hatte, konnte das Datum nicht behalten, bemass die Zeit ihres hiesigen Aufenthaltes am 2. Tage auf 3 Wochen, nach einigen Tagen auf ein halbes Jahr, nannte als Jahreszahl gewöhnlich 1889, 1890 oder 1892. Auch Personenverwechslungen kamen häufig vor, ferner sehr charakteristische nächtliche Situationstäuschungen mit nachfolgender Amnesie und Confabulationen. Die Kranke war Nachts unruhig, kramte im Bett herum, unterhielt sich mit ihrem vermeintlich vorhandenen Dienstmädchen, verlangte von ihm die Cognacflasche und ihre Kleidung, um aufzustehen, begann zu schimpfen, wenn sie ihre Wünsche nicht erfüllt sah. Am folgenden Morgen wusste sie von diesen Ereignissen nichts mehr, gab meistens an, geträumt zu haben, erzählte aber zuweilen auch ganz complicirte Geschichten, die sie erlebt zu haben glaubte; so z. B. sie habe eine Reise gemacht, Besuche empfangen, eine Festlichkeit mitgemacht u. dergl.

Auffallend war im Gegensatz zu der schweren Gedächtnisstörung die gute Urtheilsbildung der Kranken. Sie besass völlige Krankheitseinsicht, empfand ihre Gedächtnissschwäche recht peinlich, vermochte sich mit ihrer Umgebung ganz correct zu unterhalten und machte gelegentlich ganz schlagfertige Bemerkungen. Kopfrechnen ging wenn keine Theilrechnungen im Sinne zu behalten waren, flott von Statten.

Erhebliche oder dauernde Stimmungsanomalien lagen nicht vor.

Im Laufe der bisherigen Behandlung trat sowohl auf somatischem wie psychischem Gebiete erhebliche Besserung ein; die Gehfähigkeit ist, wenn auch noch unvollkommen, wiedergekehrt; die Gedächtnisstörung ist zwar noch in charakteristischer Weise vorhanden, jedoch nicht mehr so intensiv.

Der Fall gehört ohne Zweifel zu jener eigenartigen Form von Psychose, wie sie ausführlicher zuerst Korsakoff im Jahre 1887 als polyneuritische Geistesstörung beschrieben hat.

Nach Korsakoff kann sich eine psychische Störung der geschilderten Art nicht nur mit alkoholischer Neuritis, bei der sie allerdings am häufigsten ist, und die auch in unserem Falle vorliegt, sondern mit multipler Neuritis beliebiger Provenienz vergesellschaften, da jeder Polyneuritis eine Toxaemie zu Grunde liege, und die Psychose nur der Ausdruck der am Centralnervensystem angreifenden Schädlichkeit sei.

Die ursprünglich weiteren Korsakoff'schen Anschauungen haben in der Folge verschiedentliche Einschränkungen und Aenderungen erfahren. Die Mehrzahl der späteren Autoren sieht das Charakteristische der Korsakoff'schen Psychose, wie Jolly sie zu nennen vorschlug, in dem gleichzeitigen Vorhandensein von multipler Neuritis und Amnesie für Jüngstvergangenes, actueller Amnesie nach Strümpell, während betont wird, dass es erstens Fälle mit dem Bilde des Korsakoff'schen Syndroms ohne toxaemischen Grundlage gibt, und dass zweitens die toxaemischen Geistesstörungen auch noch andere Bilder als das Korsakoff'sche darbieten können.

Die Differentialdiagnose zwischen Korsakoff'scher Psychose und progressiver Paralyse kann unter Umständen grossen Schwierigkeiten begegnen; einen wesentlichen Anhaltspunkt kann der bei der Korsakoff'schen Psychose meist günstigere Verlauf abgeben. Zwischen dem Delirium tremens und der Korsakoff'schen Psychose findet Jolly nur quantitative Unterschiede, indem ersteres die acute, letzteres die protrahirte Form der geistigen Störung darstellt.

Prognostisch sind die Fälle von Korsakoff'scher Psychose sehr verschieden; auch bei den günstig verlaufenden Fällen bleibt gewöhnlich ein gewisser geistiger Defect, besonders des Gedächtnisses, zurück.

Anatomische Hirnbefunde sind bisher bei Korsakoff'scher Psychose nur in spärlicher Zahl erhoben worden und beziehen sich hauptsächlich auf Zellveränderungen in der motorischen Region der Grosshirnrinde.

3. Herr **Hillmann** bespricht einen Fall von schwerer **Cystitis**, die durch einen aus der Umgebung der Blase in die letztere gewanderten Fremdkörper bedingt war. Nach Erwähnung der Aetiologie des Blasenkatarrhs im Allgemeinen, für dessen häufiges Auftreten die anatomischen Verhältnisse beim weiblichen Geschlecht mit verantwortlich zu machen sind, weil die kurze Urethra sowohl eine mechanische Einschleppung von inficirenden Elementen durch Sondirung oder Katheterismus begünstigt als auch einer spontanen Invasion von Keimen bei Erkrankung der Umgebung der Harnröhre, Gonorrhoe eine bequeme Eingangspforte schafft, weist Vortragender darauf hin, dass auch in der Nachbarschaft gelegene Organe ihren Inhalt in die Blase entleeren können, so Cystensäcke, Dermoidcysten, Echinococcusblasen, ferner liegt die Möglichkeit vor, dass im Becken sich abspielende entzündliche Processe zur Perforation der Blasenwand führen und mitgeführte Partikel in das Blasenlumen leiten und dadurch die Blasenschleimhaut mehr oder weniger inficiren.

In dem zur Beobachtung gelangten Falle handelte es sich um schweren Blasenkatarrh, begleitet von wiederholtem Ausstossen grösserer und kleinerer Concremente, deren Kern regelmässig ein Stückchen Fadengewebe darstellte. Da die Kranke einige Zeit vorher in einer auswärtigen Klinik operirt war und zwar auf vaginalem Wege wegen doppelseitiger Pyosalpinx, so lag die Vermuthung nahe, dass eine Sutur die Ursache der erwähnten Erscheinungen sei. Ein operativer Eingriff, der der früheren Vaginalnarbe folgte, führte zu keinem Ergebniss, dagegen gelang es nach genügender Dehnung und theilweiser Spaltung der Urethra einen noch in der Blasenwand festhaftenden Fremdkörper, der sich als Rest eines aller Wahrscheinlichkeit nach während des ersten Eingriffes im Operationsgebiete zurückgelassenen Gazetupfers herausstellte, zu entfernen.

Die Kranke genas schnell und wurde beschwerdefrei und continent entlassen.

Der Vortrag ist in extenso in No. 4, Jahrgang 1900, der Correspondenzblätter des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen erschienen.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 5. April 1900.

Vorsitzender: Herr Sendler.

Herr **Meier: I. Ueber einen geheilten Fall von otitischer Pyaemie, Meningitis und zwei Hirnabscessen.**

Meier gibt die ausführliche Krankengeschichte eines 11 Jahr. Mädchens, bei welchem er durch mehrere Operationen ein verjauchtes Cholesteatom mit Fistel in dem oberen Bogengang, grossen, extraduralen Jaucheherd, eiterigen Thrombus im Bulbus ven. jug., rothen, nicht infectiösen Thrombus im Sin. sigmoid., jauchigen, adhaerenten Thrombus im hinteren Ende des Sin. transvers, bis in's Torcular reichend, intrameningealen Abscess, Kleinhirnabscess und Schläfenlappenabscess fand und stellt die geheilte Patientin vor. (Fall wird in der Zeitschr. f. Ohrenheilk. publicirt.)

II. Ueber Luftembolie bei Sinusoperationen.

Luftembolien vom eröffneten Sinus sigm. ausgehend sind nur selten beobachtet, dennoch muss mit dieser Gefahr gerechnet werden, wie der Todesfall von Kuhn beweist und eine eigene Erfahrung M. lehrte. Bei der Extraction eines Knochensplitters, der bei der Operation eines otitischen perisinuösen Abscesses sich in den Sinus eingespiesst, trat unter schlürfendem Geräusch

Luft in den Sinus und unter schwerer Cyanose, Stillstand von Herz und Athmung collabirte Patientin. Durch Zungentractionen, künstliche Athmung und Herzstösse kehrte nach einer Viertelstunde Puls und Athmung zurück und Patientin genass. Nach diesem Erlebniss hat M. Incisionen am Sinus nur nach Abklemmen der Blutcirculation durch Einschieben eines Tampons zwischen Sinus und Knochenwand, möglichst herzwärts und, um zugleich ein blutleeres übersichtliches Operationsterrain zu schaffen, eines gleichen Tampons toreularwärts gemacht. Das Verfahren hat sich bei drei Fällen ihm bewährt.

(Vortrag wird im Archiv für Ohrenheilkunde publicirt.)

Discussion: Herr Kretschmann: Aus der Krankengeschichte geht hervor, wie viel das Gehirn und die Hirnhäute auszuhalten im Stande sind. Wenn das Operationsgebiet ordentlich freigelegt ist, so tritt eine Infection der Meningen, wie K. vielfach beobachtet hat, nicht leicht ein.

Ob einer Erkrankung, die unter dem Bilde der Pyaemie einhergeht, jedesmal ein Thrombus in einem der grösseren venösen Gefässe zu Grunde liegt, ist eine Frage, die zur Zeit noch nicht spruchreif ist, obwohl ihre Beantwortung wegen der daraus resultirenden Maassnahmen wünschenswerth erscheint. Bei weit geöffneter Schädelhöhle ist das Symptom des verlangsamten Pulses für Gehirnabscess von geringer Bedeutung, da wegen der Oeffnung eine erhebliche Druckzunahme im Schädelinnern nicht stattfindet.

Der Eintritt von Luft in den Sinus hat wohl zweifellos stattgefunden, indessen werden es nur geringe Mengen gewesen sein, da sonst ein günstiger Ausgang schwerlich eingetreten wäre.

Herr Meier: Auffallende Unregelmässigkeit und Schwankungen in der Pulsfrequenz hält M. doch für ein sehr wichtiges Symptom bei Hirnabscessen. Dennoch stimmt er Kretschmann bei, dass die Auffindung und Operation otitischer Hirnabscesse viel vom Glückszufall abhänge. Am sichersten gelingt es jedenfalls, wenn man dem Weg des Eiters in's Gehirn nachgeht und den Hirnabscess von der Operationshöhle im Felsenbein aus aufsucht, eine Methode, die mit zuerst empfohlen zu haben Kretschmann's Verdienst ist. Für die Entstehung pyaemischer Temperaturen ist, wenn auch zumeist, nicht in jedem Fall, eine Sinusthrombose Ursache. Auch ein dem Sinus anliegender Eiterherd kann nach Durchlässigwerden der Sinuswand für Toxine und Mikroorganismen hohe Temperaturen erzeugen. Ist dies der Fall, dann wird man natürlich sich abwartend verhalten und nicht sofort den Sinus incidiren, obwohl es besser ist, lieber einmal zu oft zu incidiren, als ängstlich zu zögern und mit der Incision und damit Freilegung und Beseitigung einer infectiösen Thrombose zu spät zu kommen.

Herr Purrucker bemängelt die Meier'sche Auffassung der Genese der Sinusthrombose.

Herr Meier hält an der Auffassung fest, dass der an der entzündeten Sinuswand sich bildende Thrombus von vornherein ein infectiöser Thrombus ist, und dass die von der entzündlich veränderten Sinuswand ausgehende Infection des Blutes seine Neigung, an der entzündeten Intima zu thrombosiren, erhöht.

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 17. Januar 1900.

1. Herr **Bezold: Demonstration dreier Fälle von intrakranieller Complication bei acuter Mittelohreiterung.** (Der Vortrag wird in der Münch. med. Wochenschr. erscheinen.)

2. Herr **Josef Bauer: Ueber Appendicitis.** (Der Vortrag soll in der Münch. med. Wochenschr. veröffentlicht werden.)

3. Herr **Adolf Schmitt: Ueber chirurgische Behandlung der Appendicitis.** (Der Vortrag ist in No. 12 der Münch. med. Wochenschr. erschienen.)

Discussion über die beiden letzteren Vorträge:

Herr v. Ranke möchte die Frage stellen, ob in der That Fremdkörper im Wurmfortsatze so ausserordentlich selten sind, wie der Herr Vortragende behauptet hat. Buhl lehrte, dass unter den Fremdkörpern, die man zuweilen im Wurmfortsatze finde, Theilchen von Eierschalen eine wichtige Rolle spielen. Jedenfalls dürfte es interessiren, von Herrn Bollinger zu erfahren, ob, eventuell wie häufig, er derartige Fremdkörper im Proc. vermiformis, sei es für sich allein, oder als Centrum von Kothsteinen, gefunden habe.

Eine zweite Frage möchte er an den Herrn Vortragenden richten. Es sei ihm nämlich nicht klar geworden, aus welchen klinischen Symptomen derselbe eine Appendicitis schon am 2. oder 3. Tage der Krankheit zu erkennen vermöge, dass die Entzündung in dem einen Fall zur Eiterung führen werde, in dem anderen nicht. Ihm selbst sei dies nicht möglich.

Herr Bollinger: Mit Rücksicht auf die Seltenheit älterer entzündlicher Veränderungen am Wurmfortsatz, der bei den Sectionen im pathologischen Institut besonders controlirt wird, bin ich der Meinung, dass zahlreiche leichtere Fälle von Perityphlitis, die günstig verlaufen, nicht vom Wurmfortsatz ausgehen, sondern vom Coecum selbst, in welchem entzündliche Processe, namentlich die Typhlitis stercoralis offenbar häufiger vorkommen. An den tödtlich verlaufenen Fällen von Perityphlitis mit Peritonitis und Sepsis ist das Coecum nur mit 12—15 Proc. betheiligt; die grösste Mehrzahl entwickelt sich aus Perforationen oder ulceröser Nekrose des Wurmfortsatzes, wobei meist Kothconcremente als ursächliche Factoren angetroffen werden. Pflanzenkerne oder sonstige Fremdkörper sind sehr selten Ursache der Perforation des Wurmfortsatzes; auf mehr als 100 Fälle von perforativer Appendicitis habe ich nur einmal einen Orangenkern gesehen. Die Kothconcremente haben allerdings öfters eine grosse Aehnlichkeit mit Kirschkernen, Dattelkernen und ähnlichen Gebilden.

Was die Genese der Kothconcremente betrifft, so dürften Lage und Befestigung des Wurmfortsatzes, die bekanntlich ausserordentlich variiren, eine wichtige Rolle spielen. Ich erinnere mich kaum eines Falles von Wurmfortsatzperforation, bei dem der Wurmfortsatz frei beweglich am Eingang in das kleine Becken gelagert war. Durch physiologische und eventuell auch pathologische Fixirung des Wurmfortsatzes wird seine Peristaltik gehemmt, die Entleerung von Kothbällchen und Concrementen in das Coecum gehindert. Von grösster Wichtigkeit in Bezug auf die Folgezustände der ulcerösen und perforativen Appendicitis ist, abgesehen von der verschiedenen Virulenz der Infectionserreger, jedenfalls der Umstand, ob die Perforation rasch oder mehr allmählich sich entwickelt. Im ersten Falle — bei rapider Perforation — kommt es alsbald zur Peritonitis mit rascher Ausbreitung über das ganze Bauchfell, im letzteren Falle zu Verklebung und Abkapselung des Exsudats, zu umschriebener Peritonitis mit oder ohne Fortsetzung des eitrig-infectiösen Processes auf das sub- und retroperitoneale Bindegewebe (Paratyphlitis).

Merkwürdig ist, dass bei Thieren mit ähnlich beschaffenem Wurmfortsatz, z. B. bei den Fleischfressern, die Appendicitis mit ihren gefährlichen Folgen überhaupt nicht vorzukommen scheint.

Herr Gossmann: Meine in der letzten Sitzung gelegentlich des Vortrages des Herrn Privatdocenten Dr. Schmitt über Perforationsperitonitis gemachte Discussionsbemerkung, dass nach meiner Erfahrung die Chirurgen bei schweren Fällen von Appendicitis dem operativen Eingreifen abgeneigt zu sein scheinen, sollte natürlich keinen Vorwurf bedeuten. Da 90 Proc. aller Fälle von Appendicitis spontan ausheilen, und da ausserdem die Symptome der drohenden Perforation nach meiner Ansicht durchaus nicht charakteristisch oder sicher sind, so wird der Chirurg eben nicht beigezogen, so lange die Erscheinungen nicht schwer sind; sind sie aber einmal schwer, so ist bei der ungünstigen Prognose der Perforationsperitonitis die Abneigung gegen den operativen Eingriff begreiflich. Die prophylaktische Operation wird sich nach meiner Ansicht bei der acuten Appendicitis — wenigstens bei uns — nicht einbürgern und auch bei den recidivirenden Fällen scheitert sie oft an dem Widerstand des Patienten im freien Intervall. Vorzüglich sind es doch die grossen, sich auch spontan durch Bauchdecken oder Darm entleerenden Eiteransammlungen, welche mit günstigem Erfolg chirurgisch behandelt werden. In einem solchen perityphlitischen Abscess habe ich auch einmal die in der Discussion erwähnten Stückchen von Eierschalen gefunden, bezw. aus demselben herausgezogen, ohne aber behaupten zu wollen, dass sie als Fremdkörper die Appendicitis veranlasst hätten. Die Verschleierung der schweren Symptome durch starke Opiumdosen, wie sie von englischen Autoren betont wird, möchte ich auch nicht in Abrede stellen, wiewohl ich keine bessere Behandlung der Appendicitis bis jetzt kenne, als Eis, Opium und absolute Diät.

Herr v. Noorden: Ich meine, wenn das, was Herr Hofrath Gossmann sagte, morgen so in die Welt von dieser Stelle aus geht, so könnte es scheinen, als nähmen die Chirurgen Münchens einen anderen Standpunkt ein, als die Chirurgen ausserhalb Münchens, Bayerns, Deutschlands. Ich verstehe dies nicht, um so mehr nicht, als sich die Chirurgen Münchens aus den verschiedensten Schulen zusammensetzen und ältere und jüngere oft bei ihren Chefs die segensreiche Operation gesehen haben. Ich glaube, dass solche Fälle abgelehnt werden, wo durch eine Operation sich der Chirurg keine Lorbeeren mehr verdienen kann. Ich schlage vor, eine Sammelforschung anzulegen, dann wird sich zeigen, ob die Chirurgen oder Internen Schuld sind. (Sammelforschung wird abgelehnt.)

Herr Moritz: Die Indicationsstellung: „Wenn Eiter da ist, soll operirt werden", ist an sich sehr einfach. Aber es ist doch in vielen Fällen schwierig, das Vorhandensein von Eiter sicher nachzuweisen. Ich erinnere mich zweier Fälle, welche ich nach dem ganzen klinischen Bilde für gleichgelagert halten musste und in welchen beiden mir die Operation indicirt erschien. In einem Falle weigerte sich der Patient, sich der Operation zu unterziehen — er genas ohne Operation, im zweiten Falle wurde auf den Vorschlag eingegangen, die Operation gemacht und der erste Schnitt ergab massenhaft Eiter. Nun wäre es mir auch retrospectiv nicht möglich, zu sagen, woran ich hätte ersehen können, dass im ersten Falle kein Eiter vorhanden war, im zweiten aber sich solcher vorfand. Ich will aber nicht einmal sagen, dass im ersten Fall kein Eiter vorhanden war. Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, dass der Eiter ohne Gefahr mit dem Stuhl abgehen kann und dass der Durchbruch in den Darm durchaus nicht immer ein ungünstiger Ausgang ist. Auf Grund der Beobachtung von Fällen, wie die besprochenen, wird man dazu kommen, sich die Indication zur Operation in so allgemeiner Form zurecht zu legen, wie es Herr A. Schmitt gethan hat. Hört das Fieber nach 5 bis 6 Tagen nicht auf, wird das Exsudat grösser, so wird man sich zur Operation entschliessen.

Herr Krecke bekennt sich als einen derjenigen Chirurgen, welche in einem der von Gossmann erwähnten Fälle von der Operation abgerathen haben. Es handelte sich in diesem Falle

um eine diffuse eiterige Peritonitis, bei der nach K.'s Ansicht von der Operation — entsprechend der allgemeinen Ueberzeugung — nicht viel mehr zu erwarten war. Im Uebrigen kann K. nur den von Schmitt aufgestellten Indicationen durchaus zustimmen und besonders hervorheben, dass er auch bei allgemeiner Peritonitis schon wiederholt mit wechselndem Glück operirt hat. Hinzuweisen scheint aber noch zu sein auf den Umstand, dass es bei allgemeiner Peritonitis etwas anderes ist, in einem grossen Spital zu operiren, als in der Privatpraxis. In dem grossen Krankenhause wird man auch bei voraussichtlich verlorenen Fällen immer noch den Versuch mit der Operation machen, das Conto des Krankenhauses verträgt das schon; in der Privatpraxis hingegen wird man immer sorgfältig erwägen, was durch die Operation zu gewinnen und was zu verlieren ist, und hier diejenigen Fälle, von denen man überzeugt ist, dass sie verloren sind, manchmal unoperirt lassen.

Eine gewisse Schematisirung bei der Indicationsstellung scheint auch K. sehr vortheilhaft. Sein Grundsatz ist: zuwartende Behandlung bis zum 5. Tage, vorausgesetzt, dass nicht irgend welche drohende Erscheinungen vorliegen. Wird vom 5. Tage ab 1. der Puls, 2. die Temperatur, 3. die Schmerzen, 4. das Allgemeinbefinden ausgesprochen schlechter, dann soll operirt werden. Die Fragen: Ist Eiter da? Droht eine Perforation? scheinen ihm nicht das Entscheidende zu sein.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 27. März 1900.

Die Aktinomykose.

A. Poncet und L. Berard berichten über 26 neue Fälle von Aktinomykose, welche seit 1898 in Frankreich beobachtet wurden. In allen Fällen wurde der Strahlenpilz constatirt. Die chirurgischen Eingriffe gingen vom einfachen Curettement mit Jod- oder Carbolsäureinjectionen bis zur ausgedehnten Abtragung der ergriffenen Partien und Resection der suspecten Knochenspitzen. Jodkalium wurde stets verordnet und zwar in der progressiven Dosis von 0,5 bis 6,8, selbst 12 g pro Tag; ein Fall wurde ausschliesslich durch diese interne Behandlung geheilt. Bezüglich der Diagnose der Affection ist der Strahlenpilz zweifellos das Kriterium derselben, aber die Beobachtung der klinischen Symptome sollte vorhergehen und erst die mikroskopische Untersuchung veranlassen. Bei der Therapie ist zu beachten, dass das Jodkali sehr wechselnde Resultate gibt, jedoch stets zu verordnen ist. Die beiden Autoren geben noch genaue statistische Einzelheiten über die gesammelten Fälle.

Société de chirurgie.

Sitzung vom 4. April 1800.

Zur chirurgischen Behandlung der Nierentuberculose.

Pousson hat 12 Kranke mit Nierentuberculose operirt und zwar 5 mal die Nephrotomie und 7 mal die Nephrectomie gemacht. Von ersteren starb Einer, der schon sehr kachektisch war, von den 4 anderen haben 2 die Operation um 7 und 5 Monate und die weiteren zwei nun schon 6 Jahre überlebt. Die mit Nephrectomie Behandelten blieben einige Monate, resp. 4 und 5 Jahre am Leben. P. glaubt, dass letzterer Operation der Vorzug zu geben und dieselbe extraperitoneal zu machen sei; auch müsse der Ureter total resecirt werden, um das Bestehenbleiben von Fisteln zu vermeiden.

Reynier vertheidigt ebenfalls die totale Ureterectomie, welcher er einen grossen Theil des Erfolges zuschreibt; ein auf diese Weise von ihm behandelter Patient ist nun bereits seit 5 Jahren geheilt.

Albaran, dessen Erfahrungen sich auf 12 Nephrotomien und 23 Nephrectomien stützen, hält letztere Operation für empfehlenswerther, ausser, wenn Zweifel über den Zustand der anderen Niere vorhanden sind. Die operativen Folgen der Nephrectomie waren mit Ausnahme eines Falles, welcher mit tödtlicher Meningitis complicirt war, gute. Die Unterbindung des Stranges (Ureters nebst Gefässen) sollte immer mit Catgut statt mit Seide geschehen.

Tuffier ist ebenfalls letzterer Ansicht, hält aber die totale Resection des Ureters nur für nothwendig, wenn derselbe ebenfalls erkrankt ist.

Stern.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Manchester Medical Society.

Sitzung vom 7. März 1900.

P. McDougall berichtete über **Behandlung der Seekrankheit** mittels subcutaner Injection von Atropin und Strychnin (nach W. W. Skinna). Unter 47 Fällen hat er 40 Male einen vollständigen und bei den übrigen einen gewissen Erfolg erzielt. Man gibt 0,001 bis 0,002 ($^1/_{60}$ bis $^1/_{30}$ Gran Strychnin sulphuric. mit 0,0004 Atropin. sulphuric. ($^1/_{150}$ Gran in 0,5—1,0 ccm Aq. menth. pip. und wiederholt die Gabe nöthigenfalls nach einigen Stunden oder am nächsten Tage. Es soll die Injection möglichst früh gegeben werden, bei sehr empfindlichen Personen sogar als Prophylakticum.

Medical Society of London.

Sitzung vom 12. März 1900.

Eine neue Methode der perinealen Prostatectomie schildert **P. J. Freyer.** Die Behandlung der chronischen Prostatahypertrophie ist theils eine bloss palliative (Sectio alta vesicae, perineale Urethrotomie), theils eine auf Atrophie des Organes hinzielende (Castration, Vasectomie) und theils eine auf die partielle oder totale Entfernung der Drüse hinzielende Radicaloperation. Dabei kommen in Betracht: die Anwendung des Galvanokauters per urethram nach Bottini oder durch eine perineale Urethrotomie nach Wishard, ferner das Herausschneiden durch eine perineale Incision, die suprapubische Prostatectomie nach McGill, die perineale Prostataectomie nach Dittel und das Nicoll'sche Verfahren, bei welchem noch eine Sectio alta vorausgeschickt wird. Verfasser hat nun bei einem 59 jährigen Manne mit einem steinharten rechten Lappen von etwa der Grösse zweier Wallnüsse folgendes Verfahren eingeschlagen: Nach Ausführung der perinealen Urethrotomie auf der vorderen Fläche der Prostata, wobei am linken Lappen fast ganz normale Verhältnisse constatirt wurden, machte er einen ca. 4 Zoll langen, halbmondförmigen Schnitt, der von der medianen Raphe am unteren Ende der urethralen Incision ausgehend auf der rechten Seite um den Anus herum bis zum Coccyx führte. Unter Retraction des Rectums nach innen wurde der Schnitt tief in die Fossa ischio-rectalis weiter geführt und mit Hilfe eines durch die urethrale Incision eingeführten Fingers der Tumor hervorgedrängt und bis auf eine dünne Schichte, welche zur Stütze der Blase und der Pars prostatica urethrae zurückblieb, herauspräparirt. Die Blutung war gering. Ligaturen waren nicht nöthig. Drainage der Blase, Ableiten des Urins durch einen langen Schlauch, so dass der Verband trocken blieb, Ausstopfen der Wunde mit Jodoformgaze. Nach 14 Tagen ging Urin per urethram ab, in 2 Monaten wurde Patient geheilt entlassen. Verfasser empfiehlt die Methode als gut ausführbar in den meisten Fällen für Verdickungen des mittleren Lappens und bei sehr corpulenten Leuten ist sie allerdings nicht anzuwenden.

M. Moullin theilt mit, dass er bereits vor 3 Jahren auf ganz ähnliche Weise operirt habe; der Patient entleerte fast gleich nach der Operation seinen Urin durch die Harnröhre.

S. Edwards führt aus, dass diese Methode für intravesicale Tumoren nie anwendbar sein wird. Dieselben erfordern meistens einen McGill.

S. Boyd fürchtet bei F.'s Schnittführung ein Durchschneiden der N.haemorrhoidales inf. und somit Vernichtung der Sensibilität des Afters. Er würde eher einen grossen, von einem Tuber ischii zum anderen reichenden Schnitt anlegen, wobei man wohl auch einen medialen Lappen herausholen könnte.

The Sanitary Institute.

Sitzung vom 14. März 1900.

Ueber Beobachtungen in Bezug auf die bacterielle Behandlung der Londoner Abwasser sprach **F. Clowes** und schilderte die Resultate, welche mit der Verwendung von Cokeslagern erzielt worden sind. Letztere bestehen aus grossen Bassins, welche in Höhe von 4—6 Fuss mit wallnussgrossen Cokesstücken angefüllt sind. Das Abwasser wird erst durch ein grosses Sieb und durch Schaumfangbretter von Fett und Verseifungen einigermaassen gereinigt und dann bis zum oberen Niveau des Cokeslagers eingelassen. Nach 3 stündigem Stehen wird von unten her abgelassen, worauf das Lager 7 Stunden lang brach liegt, um dann von Neuem benützt zu werden. Nach Passiren des Cokesbettes ist das Abwasser ausser nach sehr starkem Regenfall klar, und stets war es geruchlos. Selbst nach 4 wöchigem Stehen bei zeitweiligem Zufliessen waren keine üblen Gerüche zu bemerken, und Goldfische sowie andere Teich- und Flussfische hielten sich darin gut und nahmen sogar an Gewicht zu. Dieser Umstand ist namentlich mit Rücksicht auf die Zulässigkeit einer Ableitung solcher Gewässer in die Themse (oder andere Flüsse) von grosser Bedeutung. Eine Verwerthung der Producte als Dungmittel ist noch nicht versucht worden wegen des allzu grossen Umfanges derselben. Die günstige Wirkung der Cokeslager erklärt sich durch die auf diese Weise ermöglichte Einwirkung von aëroben und anaëroben Bacterien.

Rideal weist darauf hin, dass in Leeds und Manchester ähnliche Versuche gemacht worden sind. Es sei nöthig, stets ein ausgiebiges Sedimentiren in grossen Reservoirs vorausgehen zu lassen.

Archibald stimmt für eine Verbindung von bacterieller Desinfection mit der chemischen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Aus den ärztlichen Standesvereinen.

Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 26. Mai 1900.

Die dritte Sitzung der jetzigen Wahlperiode, der Namens der Regierung Oberpräsidialrath v. Meusel (in Vertretung des beurlaubten Oberpräsidenten) beiwohnt, wird, wie gewöhnlich, mit geschäftlichen Mittheilungen seitens des Vorsitzenden der Kammer, des Geheimraths Dr. Becher-Berlin eingeleitet.

Dieser erste Punkt der Tagesordnung gewinnt dieses Mal besonderes Interesse mit Rücksicht darauf, dass dabei die Weigerung des Vorsitzenden des Ehrengerichts, des Dr. Becher, zur Sprache kommt, sich auf die vom Cultusminister erlassene Geschäftsordnung vereidigen zu lassen, und zwar bekanntlich deshalb, weil er den § 15 dieser Geschäftsordnung nicht anerkennen mochte, der den Vorsitzenden der Ehrengerichte aufgibt, jede ehrengerichtliche Bestrafung eines Arztes der zuständigen Staatsanwaltschaft anzuzeigen. Ehe wir auf diesen Gegenstand, der zu einer längeren Verhandlung Veranlassung gibt, eingehen, seien kurz die anderen Punkte von allgemeinem Interesse erwähnt. Die Kammer hat bereits ihre Geschäftsstelle (An der Stadtbahn 37) eingerichtet. Die von der Kammer eingesetzte Commission zur Prüfung der Verträge zwischen Aerzten und privaten Vereinigungen, Pflege- und Sanitätsvereinen, hat zum Vorsitzenden Dr. Mugdan-Berlin gewählt, an den die Verträge einzusenden sind. Zur Sammelforschung bezüglich der Geschlechtskrankheiten sind rund 1800 Antworten eingegangen. Es ist dringend wünschenswerth, dass die säumigen Aerzte nunmehr die ausgefüllten Zählkarten einsenden.

Zu der beregten Angelegenheit kommen zunächst 3 Schreiben — von den Standesvereinen Ost-Berlin und West-Berlin und vom Verein zur Einführung der freien Arztwahl — zur Verlesung, in denen Dr. Becher Dank und Anerkennung für sein Verhalten in der Frage der Ehrengerichtsordnung ausgesprochen wird. Diesen Erklärungen schliesst sich der Standesverein der Friedrichstadt durch den Mund des Sanitätsraths Dr. Patschkowski-Berlin an. Herr Becher gibt nun eine kurze Schilderung der betreffenden Verhandlungen. Am 27. März d. J. fand im Cultusministerium behufs Berathung des Entwurfs einer Geschäftsordnung für die Ehrengerichte eine Conferenz statt, an der auf Einladung des Ministers die Mitglieder des Ehrengerichtshofes und die Vorsitzenden der Aerztekammern Brandenburg-Berlin und Hessen-Nassau (Becher und Endemann) theilnahmen. Hier soll nun, wie es in einem Artikel in den „Berliner Neuesten Nachrichten" hiess, Dr. Becher (oder ein anderer Vertreter des ärztlichen Standes) gegen den § 15 irgend ein Bedenken nicht geltend gemacht haben; er (Dr. Becher) habe geschwiegen, und qui tacet ubi loqui potuit et debuit, consentire videtur. Dr. Becher erklärt diese Mittheilung für unzutreffend. Wohl habe er schon in dieser Conferenz seine Bedenken gegen den § 15 geäussert, die allerdings von keiner Seite getheilt worden seien. Man habe ihm geantwortet, wenn er die Anzeige nicht machen wolle, dann würde das Reciprocitätsverhältniss mit der Staatsanwaltschaft, die den ärztlichen Ehrengerichten über gerichtliche Bestrafungen von Aerzten Mittheilung zu machen habe, zu bestehen aufhören. Er habe dann den Kammervorstand einberufen, und dieser habe beschlossen, zu verlangen, dass die Regierung wenigstens die Verweise und Verwarnungen von der Anzeigepflicht ausnehme. In einer zweiten Sitzung entschied sich der Vorstand der Kammer jedoch dahin, dass diese Forderung nicht genüge, und dass der ganze § 15, also die Anzeigepflicht überhaupt fallen müsse. Dann habe sich auf seine Veranlassung der Aerztekammerausschuss mit der Angelegenheit beschäftigt; hier erklärten sich von den 12 Mitgliedern 11 für die Streichung des § 15, das 12. meinte, die Sache sei nicht so wichtig. Am 2. Mai sollte nun seine Vereidigung erfolgen, und als er es ablehnte, den Eid zu leisten, sei ihm in der Presse nahe gelegt worden, sein Amt als Vorsitzender des Ehrengerichts niederzulegen. Dieser Schritt hätte aber die Schwierigkeiten nicht beseitigt; auch die anderen Mitglieder des Ehrengerichts, die durch den Vorsitzenden zu vereidigen seien, würden es abgelehnt haben, sich auf diese Geschäftsordnung vereidigen zu lassen. Wenn er sich weigere, den Eid zu leisten, so lange der bewusste Paragraph nicht aufgehoben sei, so hätte er die ganze Collegenschaft hinter sich. Gleich ihm habe übrigens der Vorsitzende des Ehrengerichts für Ostpreussen die Eidesleistung verweigert, und die Vorsitzenden der Ehrengerichte für Rheinland, Westphalen und Posen hätten ihre Oberpräsidenten gebeten, von ihrer Vereidigung Abstand zu nehmen, bis die Eingaben, welche die Streichung des § 15 anstrebten, zur Erledigung gelangt seien. Wünschenswerth wäre es gewesen, dass der Entwurf der Geschäftsordnung den Aerztekammern zur Berathung unterbreitet worden wäre. Nunmehr schlage er der Kammer vor, den Minister um Streichung des § 15 zu bitten.

Herr Oberpräsidialrath v. Meusel ist der Ansicht, dass dem § 15 zu grosse Bedeutung beigemessen werde, glaubt jedoch, wiewohl er mit dem Oberpräsidenten über die Sache nicht conferirt habe, versichern zu können, dass man der Auffassung, die in den ärztlichen Kreisen zu Tage getreten sei, Rechnung tragen und den Paragraph ändern werde. Wenn der Herr Vorsitzende unter dieser Voraussetzung zur Eidesleistung bereit sei, könnte die Vereidigung noch heute erfolgen.

Herr Becher erklärt, unter diesem Vorbehalt sei er bereit, den Eid zu leisten. Bezüglich der Aenderung des § 15 erwähnt er, man beabsichtige, die Vorsitzenden der Ehrengerichte zu verpflichten, von allen ersteren Strafen den Vorsitzenden der anderen Ehrengerichte (und nicht der zuständigen Staatsanwaltschaft) Kenntniss zu geben.

Herr Wiesenthal spricht sich dahin aus, dass die Vereidigung nicht erfolgen dürfe, weil man keine Gewähr dafür habe, dass die Aenderung wirklich gemacht werde und weil, wenn man die Aenderung als sicher annehme, der Inhalt resp. der Wortlaut des abgeänderten Paragraphen nicht bekannt sei.

Herr v. Meusel ist nicht in der Lage, zu sagen, welche Form der Paragraph erhalten werde; die Entscheidung darüber stehe allein dem Minister zu. Aber bei der Vereidigung könnte ja der Vorsitzende erklären, die Verpflichtung, welche ihm § 15 in seiner jetzigen Form auferlege, nicht erfüllen zu können. Es sei überhaupt zweifelhaft, ob die Befolgung jeder einzelnen Anweisung der Geschäftsordnung zur Erfüllung der Amtspflichten gehöre; jeden Tag könnte der Minister neue Bestimmungen erlassen, mit denen die Ehrenrichter sich in ihrem Gewissen abzufinden hätten. Seines Wissens wolle man aber die Pflicht zur Anzeige der ehrengerichtlichen Strafen an die Staatsanwaltschaft fallen lassen, sie vielmehr an die übrigen Ehrengerichte festsetzen.

Herr Becher macht darauf aufmerksam, dass eine Nothwendigkeit für die Bestimmung des § 15 nicht bestehe. Lege die Regierung auf die Anzeige an die Staatsanwaltschaft Werth, so könne sie diese durch ihren Vertreter im Ehrengerichte, den Beauftragten des Oberpräsidenten, bewirken lassen.

Er wünsche, da die Acten sich durch eine fernere Verzögerung nur noch mehr häufen würden, die Sache bald erledigt zu sehen und bitte demnach die Kammer, ihm die Ermächtigung zu ertheilen, unter der Voraussetzung, dass die Anzeigepflicht an den Staatsanwalt fallen gelassen werde, den Eid zu leisten.

Herr Henius bittet unter Hinweis darauf, dass man vom Cultusministerium im Entgegenkommen nicht verwöhnt sei, zu beschliessen, dem Vorsitzenden die Ermächtigung zur Eidesleistung zu verweigern. Dadurch schaffe man dem Minister eine Nothlage und erreiche so am ehesten die Aufhebung des beanstandeten Paragraphen.

Herr Becher räth die Sache nicht zu verschärfen; es sei ja die Möglichkeit gegeben, die Angelegenheit in Frieden zu erledigen.

Die Kammer beschliesst nach den Anträgen des Herrn Becher, ermächtigt ihn also zur Eidesleistung unter dem beregten Vorbehalt und beschliesst, den Minister um Aufhebung des § 15 zu bitten.

II. Wahl einer Commission zur Bekämpfung der Curpfuscherei.

Herr Becher weist auf das immer stärkere Anwachsen der Curpfuscherei hin. Der Einzelne könne nur schwer gegen sie etwas ausrichten, wesshalb sich die Einsetzung einer Commission empfehle. Diese wird von der Kammer gewählt.

III. Ueber die Zulassung der Realschul-Abiturienten zum Studium der Medicin.

Hierzu liegen folgende Leitsätze seitens der Aerztekammer vor:

Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin erachtet es zur Erhaltung eines leistungsfähigen Aerztestandes für erforderlich, dass

1) das Zeugniss der Reife von einem humanistischen Gymnasium auch fürderhin alleinige Vorbedingung der Zulassung zu den ärztlichen Prüfungen bleibe;

2) dass aber, wenn eine Zulassung der Absolvirten anderer Mittelschulen (Realgymnasien und Realschulen) zu den Universitätsstudien nicht zu verhüten sein sollte, wenigstens

a) diese Zulassung sich auf alle Facultäten unserer Hochschulen erstrecke, nicht aber auf die medicinische beschränke;

b) vor Inkrafttreten dieser Reformen die schon jetzt nothwendige Vermehrung sämmtlicher medicinischen, insbesondere der klinischen Unterrichtsanstalten in ausgiebigstem Umfange in's Werk gesetzt werde.

Herr Küster-Berlin hat folgenden Antrag eingebracht: Die Aerztekammer Brandenburg-Berlin richtet an den Herrn Cultusminister die Bitte, dafür eintreten zu wollen, dass die Berechtigungsregelung zur medicinischen Prüfung erst dann erfolgt, wenn die in Aussicht gestellte und so dringend nothwendige einheitliche Gestaltung der höheren Schulen beendet ist.

Der Referent, Herr Kossmann-Berlin, bedauert zunächst, dass die Aerztekammer mit ihrer Berathung und ihren Beschlüssen jedenfalls zu spät komme; denn man müsse annehmen, dass die Zulassung der Realschulabiturienten zum Studium der Medicin beschlossene Sache ist. Die Aerztekammern haben die Bestimmung, alle Fragen und Angelegenheiten zu erörtern, welche das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege oder den ärztlichen Beruf betreffen oder auf die Wahrnehmung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen gerichtet sind. Die heutige Tagesordnung enthalte ausser dem vorliegenden noch zwei Gegenstände (Entwurf des Reichsseuchengesetzes und Novelle zum Unfallversicherungsgesetz), die in den ärztlichen Beruf, wie in das Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege tief eingreifen. Und doch seien die Aerztekammern darüber nicht befragt worden. Auf diese Weise werden die Aerztekammern aus der bisweilen dankbaren Rolle des Gutachters in die undankbare des Kritikers gedrängt. Der Aerztekammerausschuss hat über die vorliegende Frage berathen und abgestimmt; sein Beschluss ist aber ungiltig, weil er damit seine Befugniss überschritten hat. Zur Begründung der von der Aerztekammer vorgelegten Leitsätze übergehend, bedauert Referent zunächst den Verlust der internationalen Verständigung durch die Rückschritte in der Ausbildung in der lateinischen Sprache, in der sich früher die Gelehrten sämmtlich correct auszudrücken vermochten. Heute muss der Arzt ausser seiner Muttersprache noch mindestens 6 andere Sprachen beherrschen, wenn er nicht will, dass ihm ein grosser Theil werthvoller Publicationen verschlossen bleibt. Früher besprachen sich die Aerzte im Consilium lateinisch; heute gehen sie in's Nebenzimmer, und der Patient meint, sie wüssten nicht, was sie ihm sagen sollen. Unerwünscht ist auch der Gebrauch der Muttersprache in Büchern, die ihrem ganzen Inhalt nach für Laien nicht geeignet sind. Ein Werk über Verfehlungen auf sexuellem Gebiete hat Auflagen erlebt, die selbst dann nicht erklärlich wären, wenn man annimmt, dass jeder Arz

ein Exemplar gekauft hat. Auch die Curpfuscher verdanken ihre Afterweisheit der Popularisirung der medicinischen Wissenschaft.

Man hat nun geltend gemacht, durch die intensive Beschäftigung mit den todten Sprachen werde die Ausbildung in der Muttersprache beeinträchtigt. Demgegenüber weist Referent auf die aus dem Mittelalter stammenden poetischen Erzeugnisse in deutscher Sprache, auch auf Lessing hin, dessen meisterliche Beherrschung der deutschen Sprache über jeden Zweifel erhaben sei. Und sei die Ausbildung in der Muttersprache heute besser? In der vom preussischen Cultusminister erlassenen Gebührenordnung kommt die Wendung „theilweise Entfernung der Gebärmutter" vor; also selbst ein preussischer Minister wisse nicht, dass theilweise ein Adverbium und nicht ein Adjectivum ist. Man sollte die Ausbildung im Latein so wiederherstellen, dass eine völlige Beherrschung der Sprache erzielt würde. Auch die Bekanntschaft mit der griechischen Sprache soll aus idealen Interessen erhalten bleiben. Im Jahre 1879 haben von 163 ärztlichen Vereinen 117 sich gegen die Zulassung der Realschulabiturienten zum medicinischen Studium ausgesprochen; über diese Beschlüsse ist man einfach hinweggegangen. Dabei beabsichtigt man nicht eine allgemeine Gleichstellung der Realgymnasien mit den humanistischen Gymnasien; vielmehr solle die Medicin als Versuchskaninchen dienen. Allein die Elite des jungen Nachwuchses ist für den ärztlichen Stand gerade gut genug. Wenn überhaupt eine Facultät zu dem Versuche geeignet ist, so ist es die theologische Facultät. Das Griechische, das der Theologe brauche, könnte der Realschüler sich schnell aneignen, und die bessere realistische Ausbildung würde den Gesichtskreis der Theologen erweitern und sie mehr wie bisher befähigen, sich dem Verständniss der Gebildeten anzupassen.

Im Aerztekammer-Ausschuss hat der Regierungscommissar ausgeführt, eine weitere Ueberfüllung des ärztlichen Standes sei von der Maassregel nicht zu befürchten; erstens müssten die Realschulabiturienten wie bisher eine Nachprüfung machen und zweitens sehe die neue Prüfungsordnung die Verlängerung des Studiums auf 10 Semester und die Einrichtung des praktischen Jahres vor. Beide Gründe sind nicht stichhaltig. Mit der Einführung der Nachprüfung wird der Zustand geschaffen, wie er schon jetzt bestehe, und dann werde eben mit dem Bestehen der Nachprüfung die Qualification erbracht. Und was den zweiten Grund betrifft, so studire nach einer Berechnung von Guttstadt schon heute der sechste Theil aller Mediciner mehr als 9 Semester, und das praktische Jahr werde schon heute von den meisten Medicinern eingehalten in der Weise, dass sie Vertretungen oder Assistentenstellen übernehmen oder sich an Cursen betheiligten, wobei es auf Eins hinauskommt, ob sie die Approbation in der Tasche haben oder noch nicht. Was aber vor allen Dingen zu verlangen ist, sind ausreichende Unterrichtsmittel. Die Zahl der Medicinstudirenden ist von 3500 im Jahre 1878 auf jetzt 8000 gestiegen, und dabei ist für die drei Hauptfächer nicht eine Klinik neu eröffnet worden. Die Kliniken haben bis 700 Zuhörer und 200—300 Praktikanten, 100—120 Praktikanten nicht selten an kleinen Universitäten, während im ganzen Semester 150—200 Fälle vorgestellt werden. Nun sollen noch die Realschulabiturienten zum Studium der Medicin zugelassen werden. Diese Maassregel würde sicherlich die Frequenz der Zuhörer erhöhen und eine noch grössere Ueberfüllung der Klinik zur Folge haben. Es würden dann zu jedem Falle 3—4 Praktikanten herangezogen werden müssen und es würde mit den Praktikantenscheinen in den inneren und den chirurgischen Kliniken derselbe Schwindel getrieben werden, wie jetzt in der geburtshilflichen Klinik. Es würde die praktische Ausbildung der Aerzte schlechter und das Gemeinwohl geschädigt werden. Ausser einer Vermehrung der Aerzte würde die Verdoppelung der klinischen Unterrichtsanstalten die Folge sein; denn wenn die Zuhörer auch nicht mehr auf Fensterbrettern und Heizkörpern Platz finden werden, dann müssen neue Kliniken gebaut werden, ob der Finanzminister will oder nicht.

Der Vorsitzende rügt den Ausdruck „Schwindel treiben" als nicht parlamentarisch.

Herr Küster knüpft in der Begründung seines Antrages an den idealen Begriff der humanistischen Bildung an. Die beste Bildung ist für den Arzt gerade gut genug. Aber die humanistische Bildung, wie sie heute auf den Gymnasien getrieben wird, genügt nicht. Die jungen Leute werden nicht so weit gefördert, dass sie sich selbständig eine Weltanschauung bilden können. K. beruft sich auf einen Gymnasiallehrer in Metz, der in seinem Buche „Auf dem Holzwege" zu bitteren Klagen über die Unaufmerksamkeit und über die langsamen Fortschritte der Zöglinge kommt und die Schuld dem mangelhaften System beimisst, insbesondere dem Missverhältniss zwischen der Schwierigkeit des Stoffes und der Reife der Schüler. Ein noch schärferes Urtheil haben schon im Jahre 1882 die medicinischen Professoren der Universität Strassburg abgegeben; danach sind die Medicinstudirenden trotz zehnjähriger Vorbildung auf Gelehrtenschulen unfähig, eine einfache Erscheinung schnell genug aufzufassen, das Beobachtete sprachlich richtig wiederzugeben und mit der erforderlichen Sicherheit und Gewandtheit Schlüsse zu ziehen, ja, sie könnten nicht einmal auf kurze Fragen eine treffende Antwort geben, die jeder Mensch mit gesundem Menschenverstand und guter Elementarbildung sofort begreife. Die Realgymnasien seien aber noch verfehlter als die Gymnasien. K. empfiehlt als einheitlichen Unterbau eine Volksschule, welche die erste Bildung für das Volk liefere, eine Mittelschule, die Nichtstudirenden ein abgeschlossene runde Bildung gewähren und eine höhere Schule, das Gymnasium, einzurichten, das für die Universität vorbereiten soll und event. durch Parallelcurse schon für die einzelnen Fächer vorbereiten könnte. K. bittet demgemäss seinen Antrag anzunehmen; auch erklärt er sich mit dem Antrag 2 b des Vorstandes einverstanden.

Herr v. Bergmann bemerkt zunächst mit Bezug auf den Antrag und die Bestrebungen des Vorredners, es ginge nicht an, zu warten, bis diese realisirt und die neuen Schulen eingerichtet sein würden. Jetzt bleibt nur die Wahl zwischen den beiden Arten der Ausbildung, und da muss von ärztlicher Seite an der Gleichmässigkeit der Universitätsbildung festgehalten werden. Die Realgymnasien sind besser geworden, zugegeben. Aber die Gymnasien sind auch nicht schlechter geworden. Es fragt sich doch, ob die Strassburger Professoren in der Lage gewesen wären, ein anderes Urtheil zu fällen, wenn die Medicinstudirenden Realgymnasialschüler gewesen wären. Es wäre eine Degradirung des ärztlichen und der medicinischen Facultäten, wollte man für sie eine andere Vorbildung fordern, als für andere akademische Berufszweige. Nun heisst es, die Maassregel sei bereits beschlossen. Es gäbe aber einen Richter, die Geschichte; sie wird den Aerzten Recht geben. An dem ärztlichen Stande und an den medicinischen Facultäten wird schon jetzt zu viel experimentirt. Die sociale Gesetzgebung hat in der ärztlichen Praxis gewaltige Umwälzungen hervorgebracht. Der Erlass einer neuen Prüfungsordnung steht bevor; ob sie besser ist, als die alte, ist fraglich; vieles in ihr bedürfe noch der Bestätigung durch die praktische Erfahrung. Auch zur Zulassung weiblicher Hörer hat man zuerst das medicinische Studium gewählt. Zu all' diesen Experimenten soll nun noch eine Aenderung in den Ansprüchen zur Zulassung zum Studium kommen. Da ist es höchste Zeit, gegen jede Neuerung zu protestiren. Die medicinischen Facultäten und die Aerzte sollten gemeinsam dagegen Einspruch erheben, dass für die Mediciner eine andere als die einheitliche und gleichmässige Vorbildung aller studirten Leute eingeführt werde. Die Vermehrung der medicinischen Lehranstalten ist gewiss wünschenswerth. Das Hauptgewicht ist aber auf die Verlängerung des Studiums zu legen. Wenn Redner mit seiner medicinischen Vorbildung, die er ja nun einmal habe, alle die Vorlesungen hören sollte, die ein Studirender der Medicin im 6. oder 7. Semester zu belegen hat, er würde fürchten, verrückt zu werden. Wo bleibt die selbständige Arbeit des Studirenden, wenn er täglich 9 bis 10 Stunden Colleg hört? Die Vorbildung, welche für alle anderen Facultäten gefordert wird, muss auch für die medicinische Geltung haben. Redner empfiehlt die Annahme der vom Kammervorstand vorgelesenen Leitsätze.

Herr Kossmann verzichtet „nach den kräftigen Worten des Herrn Vorredners" auf das Schlusswort.

Die Kammer lehnt den Antrag Küster ab, erhebt dagegen mit allen gegen 3 Stimmen die Anträge des Vorredners zum Beschluss.

IV. Der Entwurf des Reichsseuchengesetzes.

Der Referent, Dr. Schaeffer-Berlin legt die folgenden Leitsätze vor:

1. Der vorliegende Gesetzentwurf befriedigt die deutschen Aerzte nicht,

a) weil er die häufigsten und verheerendsten Krankheiten überhaupt nicht berücksichtigt;

b) weil seine Durchführbarkeit nicht gewährleistet ist, so lange nicht die Obliegenheiten und die Stellung der beamteten Aerzte in der von den ärztlichen Vertretungen oft geforderten Weise geregelt ist.

2. Immerhin bietet der vorliegende Entwurf eine brauchbare Grundlage für die Bekämpfung einiger gemeingefährlicher Krankheiten; er bedarf jedoch selbst innerhalb dieses begrenzten Rahmens nach folgenden Richtungen eine Aenderung bezw. Ergänzung.

3. Bei der „Anzeigepflicht" ist zum Ausdruck zu bringen, dass unter „Behandlung" nur die durch approbirte Aerzte zu verstehen ist.

Eine Behandlung dieser Krankheiten durch andere Personen ist — soweit die Landesgesetze es zulassen — zu verbieten und unter Strafe zu stellen. (Vergl. § 2 des Gesetzes.)

4. Es ist zum Ausdruck zu bringen, dass die Leichenschau nur durch approbirte Aerzte vorgenommen werden soll. (Vergl. § 10.)

5. Die Kosten der Desinfection sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. (Vergl. § 19 und § 22.)

6. Nichtbeamtete Aerzte, welche von der Landesbehörde mit der Ermittelung, Ueberwachung oder Behandlung der Kranken beauftragt sind, haben für den Fall, dass dieselben in Ausübung dieser Thätigkeit berufsunfähig werden, Anspruch auf angemessene Entschädigung.

Den gleichen Anspruch haben die Hinterbliebenen der in Folge dieser Thätigkeit verstorbenen Aerzte. (Vergl. § 35.)

Aus der Begründung, welche Referent für diese Leitsätze gibt, seien die wichtigsten Punkte hervorgehoben.

Leitsatz 1. Als der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, angekündigt wurde, gab man sich in Aerztekreisen der Hoffnung hin, der Entwurf würde die wichtigsten Infectionskrankheiten berücksichtigen und das Gesetz einen kräftigen Anstoss zur Hebung der Volkswohlfahrt abgeben. Statt dessen beschränkt sich der Entwurf auf die im § 1 genannten Krankheiten Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken. Die Vorlage beabsichtigt auch nicht, das weite Gebiet der Gesundheitspflege zu regeln und Handhaben zur Hebung des Gesundheitszustandes zu schaffen, will vielmehr nur ein Seuchengesetz im engeren Sinne des Wortes schaffen, also eine gesetzliche Grundlage für Maassnahmen zur Abwehr und zur Bekämpfung derjenigen ansteckenden Krankheiten, „welche sich er-

fahrungsgemäss als die schwersten und gefährlichsten darstellen und zu deren Bekämpfung aussergewöhnliche, nach einheitlichen Gesichtspunkten zu treffende Maassregeln zur Anwendung kommen müssen". Nun sei aber die Sterblichkeit an den in § 1 des Entwurfes genannten Krankheiten im ganzen vorigen Jahrhundert nicht so gross gewesen, wie die an Diphtherie, Scharlach, Syphilis und Tuberculose während eines Jahrzehnts. Durch die Beschränkung auf die so seltenen Seuchen verliere der Entwurf für die Aerzte wesentlich an Interesse, und man muss dem Bedauern darüber Ausdruck geben, dass die Gelegenheit versäumt sei, gerade die häufigsten und verheerendsten Krankheiten zu berücksichtigen. — Eine wirksame Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten ist nur durchführbar, wenn die beamteten Aerzte Vollbeamte sind; denn nur dann ist die Sicherheit gegeben, dass sie genügend Zeit haben, um die zur Feststellung der Diagnose erforderlichen Untersuchungen zu machen, und nur dann ist ihre Unabhängigkeit gesichert, die ein unumgängliches Erforderniss ist.

Die Kammer beschliesst, in Leitsatz 1 die Worte die deutschen Aerzte zu streichen, weil sie Vorwürfe darüber fürchtet, dass sie die süddeutschen Aerzte bevormunde, und nimmt den so geänderten Leitsatz an.

Leitsatz 2 wird angenommen.

Leitsatz 3. Der Gesetzentwurf sieht eine Anzeigepflicht nicht nur für die sicher erkannten Erkrankungsfälle, sondern auch — und das ist neu — für alle diejenigen Fälle vor, in denen nur der Verdacht einer derartigen Krankheit begründet ist. Für diese Einbeziehung war unter Anderem maassgebend, dass in Preussen Polizeiverordnungen, durch welche die Anzeigepflicht für choleraverdächtige Erkrankungen eingeführt und Maassregeln gegen choleraverdächtige Personen vorgeschrieben worden waren, die Rechtsgiltigkeit aberkannt worden ist. Nach § 2 des Entwurfs ist zur Anzeige verpflichtet: 1. der zugezogene Arzt, 2. der Haushaltungsvorstand, 3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person etc. Unter Bezugnahme auf den Aufsatz von Hofrath Dr. Brauser in dieser Wochenschrift No. 5 dieses Jahrgangs weist Referent darauf hin, dass diese Ziffer 3 des § 2 die Curpfuscher in ihrer Thätigkeit gewissermaassen legitimire, während in der Reichsgewerbeordnung von einer gewerbsmässigen Ausübung der Heilkunde gar nicht die Rede sei. Aber diese Bestimmung bedeutet nicht eine Anerkennung der Curpfuscherei überhaupt, sondern als einer Einrichtung im Interesse der Volksgesundheit. Der Staat dulde die Curpfuscherei, wie die Prostitution. Würde es ihm einfallen, die Prostitution in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen, ihr im öffentlichen Interesse bestimmte Pflichten aufzuerlegen, sie als eine gemeinnützige Einrichtung anzuerkennen? Referent geht dann eine Reihe von Einwendungen durch, die von ärztlicher Seite mit Bezug auf die Anzeigepflicht gemacht worden sind, insbesondere beleuchtet er die Abänderungsvorschläge, welche die Ausschliessung der Curpfuscher von der Pflicht der Anzeige resp. der Behandlung anstreben. Nach seiner Ansicht wäre es aber unzweckmässig, dem Gesetzgeber den gewünschten Wortlaut vorzuschreiben; er will die Wünsche der Aerzte allgemein zum Ausdruck gebracht sehen (cf. Leitsatz 3, Absatz 1); die entsprechende Fassung will er dem Gesetzgeber überlassen. Es entspinnt sich eine lange Discussion, die einen diametralen Gegensatz in der Aufforderung von der Anzeigepflicht des Arztes zu Tage fördert. Herr Kossmann-Berlin vertritt den Standpunkt, der Arzt habe in erster Linie das Interesse seiner Patienten wahrzunehmen und über Dinge, die ihm in Ausübung seines Berufes anvertraut werden, unter allen Umständen Schweigen zu bewahren; erst in zweiter Linie käme die Rücksicht auf das Gemeinwohl. Wenn, wie der Herr Referent dies gewünscht, die Anzeigepflicht später auf andere Infectionskrankheiten, auch auf Gonorrhoe und Syphilis ausgedehnt werden würde, was sollte daraus werden, wenn er z. B. eine gefeierte Schönheit, die in den ersten Kreisen der Residenz verkehre, hätte anzeigen müssen, da er sie als Braut an florider Gonorrhoe behandelt habe? Herr Kossmann beantragt, zu beschliessen: Die Aerztekammer erhebt Einspruch gegen die durch den Entwurf des Reichsseuchengesetzes den Aerzten zugedachte Anzeigepflicht, weil sie nicht vereinbar ist mit den Obliegenheiten der Pflicht zur Verschwiegenheit. Dem gegenüber vertritt Herr Alexander-Berlin im Sinne des Referenten den Standpunkt, die Anzeigepflicht sei für die Aerzte ein Nobile officium resp. ein Officium. Einmal sage man, der Arzt sei vor Allem zur Erkennung der Krankheit und somit auch zur Anzeigepflicht die geeignete Person, und dann wolle man sich die Anzeigepflicht vom Halse schaffen; das ginge doch nicht an. Herr Alexander-Berlin beantragt, dem ersten Absatz des Leitsatzes 3 folgende Fassung zu geben: Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, ohne in Deutschland approbirt zu sein, darf die Anzeigepflicht nicht zustehen. Auch Herr Munter-Berlin warnt eindringlich davor, den einseitigen Interessenstandpunkt des Herrn Kossmann sich zu eigen zu machen. Schliesslich wird ein vom Referenten erwähnter Abänderungsvorschlag zum Beschluss erhoben. Danach soll in § 2 des Entwurfs eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten Ziffer 3 lauten wie folgt: Jede sonst mit der Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, etc. Dieser Beschluss wird an Stelle des ersten Absatzes des Leitsatzes 3 gesetzt. Damit ist der Antrag Alexander gegenstandslos geworden.

Absatz 2 des Leitsatzes 3 wird gestrichen.

Leitsatz 4 wird angenommen mit dem Zusatz, dass die Leichenschau obligatorisch sein soll.

Die Leitsätze 5 und 6 werden ohne Aenderung gutgeheissen.

V. Die Novelle zum Unfallversicherungsgesetz.

Dieser Punkt der Tagesordnung wird mit Zustimmung des in Aussicht genommenen Referenten, des Herrn Mugdan-Berlin, von der Tagesordnung abgesetzt.

VI. Vorlagen des Aerztekammerausschusses.

a) Antrag der Aerztekammer der Provinz Westpreussen betr. tuberculöse Lehrer.

b) Antrag der Aerztekammer der Provinz Sachsen betr. die Sonntagsruhe der Cassenärzte.

Die Anträge werden durch Uebergang zur Tagesordnung erledigt. P. H.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 2. Juni 1900.

Jahressitzung der Akademie der Wissenschaften. — Die Wiener Krankenhausfrage. — Subcutane Darmruptur. — Seltene Darmverletzung. — Sogenannte angeborene Humerusluxation. — Spontane Heilung eines tuberculösen Pneumothorax.

Die am 30. Mai l. J. abgehaltene feierliche Jahressitzung der kais. Akademie der Wissenschaften nahm einen festlichen Verlauf, da an derselben auch eine ansehnliche Anzahl hervorragender Gelehrter Deutschlands theilnahm, um an den vom Wiener Institute angeregten Cartellberathungen über wissenschaftliche Fragen und Einrichtungen mitzuwirken. Der Curator der Akademie, Erzherzog Rainer, sagte diesbezüglich in seiner Ansprache: „Schon vor acht Jahren war unter kräftiger Mitwirkung unserer Akademie der Anstoss zu solcher Vereinigung gegeben, als zwischen der Wiener und den Akademien von Göttingen, Leipzig und München ein Cartell zu Stande kam, welches unter zeitweiser Mitwirkung der Berliner Akademie ausser grösseren naturwissenschaftlichen Unternehmungen die Ausarbeitung des Thesaurus linguae latinae in die Hand nahm. Im Vorjahre aber beriethen die in Wiesbaden versammelten Vertreter schon für neun Akademien, das ist von Berlin, Göttingen, Leipzig, London, München, Paris, Petersburg, Washington und Wien, das Statut der internationalen wissenschaftlichen Association, welche das gemeinsame Wirken dieser Corporationen regelt und eine Verbindung schafft, welche alsbald die ganze gebildete Welt umfassen wird."

Von den Vorgängen in dieser Jahressitzung erwähnen wir bloss, dass Rudolf Virchow zum Ehrenmitgliede und die Professoren Ernst Abbé-Jena, Karl Alfred v. Zittel, Präsident der bayer. Akademie der Wissenschaften in München, und Felix Klein-Göttingen zu correspondirenden Mitgliedern im Auslande gewählt wurden. Die Lieben-Stiftung, jährlich 2000 Kronen, wurde für das laufende Jahr der Physiologie zugewendet und in zwei gleiche Hälften getheilt. Die eine Hälfte wurde dem Privatdocenten der vergleichenden Physiologie an der Wiener medicinischen Facultät, Dr. Theodor Beer, für seine Studien über die vergleichende Physiologie der Accommodation des Auges zugesprochen. Durch seine Untersuchungen des Auges sämmtlicher Classen der Wirbelthiere ergab sich eine principielle Bestätigung der von Helmholtz für den Menschen aufgestellten Accommodationstheorie. Die zweite Hälfte des Preises wurde dem Professor Dr. Oscar Zoth, Assistenten am physiologischen Institut der Universität, für seine Untersuchungen der scheinbar verschiedenen Grösse der Sonne und des Mondes nahe dem Horizonte und nahe dem Zenith zugesprochen. Zoth zeigte, dass diese Erscheinung nur abhängig ist von der Blickrichtung, also von einem rein physiologischen Moment. Den Festvortrag hielt Professor Karl Rabl „über die Grundbedingung des Fortschrittes in der organischen Natur." Der Vortragende ist bekanntlich ein Schwiegersohn Virchow's und derzeit Anatom an der Universität in Prag.

Die die Entwicklung der Wiener medicinischen Facultät so überaus beeinflussende Krankenhausfrage ist vor einigen Tagen, wie man anzunehmen berechtigt ist, überaus befriedigend zum Abschlusse gelangt, d. h. vorläufig auf dem Papiere. Die ad hoc eingesetzte grosse Commission hat sich nämlich dahin geeinigt, ein Project zu acceptiren, welches dahin geht, dass nebst der Area des Irrenhauses auch die angrenzende Area des städtischen Versorgungshauses erworben werden, wobei der Neubau sammt Grunderwerb etwa 20 Millionen Gulden in Anspruch nehmen würden. Der Unterrichtsminister schloss die Enquête mit einer Ansprache, in der er sagte: „Für die Stadt Wien ist es ein zweifellos anerkanntes Interesse, eine grosse neue Krankenanstalt, welche

allen Anforderungen der Neuzeit entspricht, auf einem sanitär günstigen und den breiten Schichten der Bevölkerung leicht zugänglichen Platze errichtet zu sehen und dadurch die medicinische Facultät, welche nun länger als ein Jahrhundert eine Zierde der Stadt und ein Anziehungspunkt von Heilung suchenden Kranken aus den entferntesten Theilen der Monarchie und des Auslandes war, auf ihrer Höhe zu erhalten und ihr für eine noch bessere Entwicklung den günstigsten Boden bereitet zu wissen". Die Erkenntniss für die Nothwendigkeit des Um- resp. Neubaues dieses Spitales, welches alle unsere Kliniken birgt, ist schon oft genug von allen maassgebenden Factoren zum Ausdruck gebracht worden, so auch wiederholt vom jetzigen Unterrichtsminister; es handelt sich also bloss um die Aufbringung der Mittel, welche selbst für so hohe Zwecke des Unterrichtes und der Humanität — leider — nicht so bald aufgebracht werden dürften.

In unserer Gesellschaft der Aerzte berichtete jüngst Docent Dr. Schnitzler, unter Demonstration des Geheilten, über einen Fall von subcutaner Darmruptur, bei welchem die Laparotomie dem Verunglückten das Leben rettete. Der Mann trug ein schweres Schaff, glitt aus und stürzte so, dass das Schaff auf seinen Bauch fiel. In's Spital gebracht, fehlten bei ihm alle Erscheinungen einer schweren Verletzung, so war der Puls gut und von normaler Frequenz, der Kranke erbrach nicht etc. Auch Tags darauf, als ihn Schnitzler zum ersten Male sah, war das Allgemeinbefinden gut, Temperatur und Puls normal, Sensorium ganz frei, einmal Erbrechen. Die rechte Unterbauchgegend war druckempfindlich und durch excessive Muskelspannung resistenter, der Schall in der Ileocoecalgegend gedämpft. Die sofort (also 24 Stunden nach dem Unfalle) vorgenommene Laparotomie ergab eiterige Peritonitis, an einer Darmwand eine bohnengrosse Perforationsöffnung, aus der Darminhalt austrat, keine sonstige Verletzung. Naht der Darmwunde, gründliche Ausspülung der Bauchhöhle und Irrigation der vorgelagerten Dünndärme mit heisser 6 proc. Kochsalzlösung, Einführung von dicken Drains und Jodoformgazetampons in den Douglas und das rechte Hypogastrium. Glatte, ungestörte Heilung. Schnitzler berichtet über die bezüglichen Erfahrungen von Angerer, König u. A. und plaidirt warm für frühzeitige Operation in solchen Fällen, sobald eine innere Verletzung (Darm, Leber, Milz) nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

In einem 2. Falle, über welchen Primarius Schnitzler kurz referirte, sprang ein Stück von einem Eisenblech, welches ein Schlosser mit dem Hammer bearbeitete, ab und drang durch die Kleidung hindurch (Rock, Hose, Hemd und Unterhose) in den Bauch, so dass der Mann sofort zusammenstürzte. Kleiner, frequenter Puls, Erbrechen, Benommenheit etc. Aus der Wunde ragt ein Stückchen Netz heraus. Laparotomie, viel Blut in der Peritonealhöhle, Durchtrennung des Dünndarmes, blutendes Gefäss am Mesenterialansatze. Ligatur der Arterie; Darmnaht, Ausspülung der Unterbauchgegend, Tamponade etc. Die Heilung ging bisher ebenfalls glatt vor sich. Hier ist die Entstehung der so schweren Verletzung interessant, dass ein Stückchen Eisenblech durch einen Hammerschlag mit solcher Gewalt durch Kleider und Wäsche drang und überdies den Darm verletzte. Das Stückchen Eisenblech lag auf dem Mesenterium.

Auch Dr. Anton Bum zeigte und besprach eingehend einen seltenen Fall, nämlich eine subacromiale intracapsuläre Humerusluxation bei einem 10 jährigen Knaben, mit Subluxation beider Vorderarmknochen im Ellbogengelenke. Die Extremität ist im Wachsthum zurückgeblieben und weist auch functionelle Störungen auf. Der Knabe wurde mittels Forceps entbunden (Schädellage) und zeigte nach der Geburt Facialislähmung, die bald wieder schwand, ferner eine Unbeweglichkeit des einen Armes, die sich trotz langjähriger Behandlung nur wenig besserte. Solche Luxationen werden oft als angeborene angesehen, sind es aber nicht immer, da man hier gewiss mit einem Trauma intra partum zu thun hat.

Einen Fall von spontan ausgeheiltem tuberculösen Pneumothorax — wohl ebenfalls ein seltenes Vorkommniss — konnte Docent Dr. H. Schlesinger vorstellen. Ein 27 jähriger Mann wurde plötzlich, ohne dass heftiger Husten oder ein Trauma vorausgegangen waren, von starker Dyspnoe befallen, die so arg war, dass der Kranke die Nächte ausserhalb des Bettes zubringen musste. Bei der Untersuchung fand Sch. alle Zeichen eines linksseitigen Pneumothorax: Verlagerung des Herzens nach rechts, hypersonoren Percussionsschall links, Vorwölbung dieser Brustseite, metallisch klingender Schall bei der Percussion und beim Sprechen, amphorisches Athmen, Geräusch des fallenden Tropfens, jedoch kein Succussionsgeräusch. Durch 14 Tage blieben diese Erscheinungen in gleicher Weise, verloren sich dann allmählich und nach ca. 3 Monaten (Luftliegecur) waren die besagten Symptome geschwunden, allenthalben normales vesiculäres Athmen zu hören.

Schlesinger nimmt an, dass der Mann mit einer tuberculösen, nicht stark vorgeschrittenen Lungenspitzenaffection behaftet war, welche zur Entstehung des Pneumothorax Veranlassung gab. Auffallend war noch, dass hier ein Exsudat fehlte. Der Vortragende hat vor mehreren Jahren einen spontan ausgeheilten Fall von Pneumothorax nach Durchbruch eines jauchigen Empyems in die Lunge beobachtet und mitgetheilt.

Verschiedenes.

Aus den Parlamenten.

Die bayerische Abgeordnetenkammer nahm in der Sitzung vom 22. Mai einstimmig den Entwurf eines Gesetzes, betr. die Ergänzung und Abänderung des Polizeistrafgesetzbuches an; bei der voraussichtlich sicheren Zustimmung der übrigen gesetzgebenden Factoren können die neuen, auch von den Aerzten gewunschten Vorschriften bald in Kraft treten. Zunächst wird Art. 72a neu eingefügt, wonach mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft ausser dem Falle des § 367, Abs. 1, Ziff. 5 des Reichsstrafgesetzbuches bestraft wird, wer den Verordnungen in Bezug auf den Verkehr mit Arznei- oder Geheimmitteln, welche zur Heilung oder Verhütung von Krankheiten der Menschen oder Thiere bestimmt sind, zuwiderhandelt. — Art. 73 erhält in Abs. 2 und 3 folgende Fassung: „Gleicher Strafe (von 45 Mk.) unterliegt, wer den Verordnungen, ober- oder ortspolizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt, welche aus Rücksichten auf die Gesundheit oder Sittlichkeit über das Beziehen neu hergestellter Wohnungen oder Wohnungsräume, über die Beschaffenheit und die Belegung von Wohnungen oder Wohnungsraumen, und über die polizeiliche Beaufsichtigung des Wohnungswesens erlassen sind. In den Fällen des Abs. 1 und 2 hat der Richter zu erkennen, dass die Polizeibehörde berechtigt ist, die Beseitigung des vorschriftswidrigen Zustandes bezw. die Räumung der vorschriftswidrigen Wohnung zu verfügen". Darüber, dass die gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf die Wohnungspolizei in Bayern zur Zeit unzureichend sind und dass das Hauptbedürfniss für eine Besserung dieser Verhältnisse in den grösseren Städten und Industriecentren liegt, bestand allgemeines Einverständniss, sowie auch darüber, dass bezüglich der Anforderungen an die Wohnungen und Schlafräume ein Unterschied zwischen Stadt und Land gemacht werden müsse, andererseits jedoch die vom Standpunkte der Sittlichkeit an die Schlafräume zu stellenden Anforderungen auf dem Lande nicht minder streng durchzuführen sein werden als in der Stadt. Nach der Erklärung des k. Staatsministers lassen sich die bestehenden Verhältnisse nicht mit einem Federstriche ausrotten, sondern sind allmählich zum Bessern zu führen und zwar zunächst durch die gütliche Vorstellung und Ertheilung von Anregungen und erst bei starkem Widerspruche oder absolut ablehnendem Verhalten durch Anzeige an die Ortspolizei; der Gesetzentwurf soll die Grundlage für die weitere Ausgestaltung und Verbesserung der Wohnungsverhältnisse bilden, auf Grund desselben wird eine Verordnung die allgemeinen Bestimmungen regeln und ausserdem werden bei der Verschiedenheit der localen Verhältnisse die weiter nothwendigen Maassnahmen durch ortspolizeiliche Vorschriften getroffen; die polizeiliche Wohnungsaufsicht wird sich auf alle Gebäude und Gebäudetheile erstrecken, welche zum Aufenthalt für Menschen oder als Schlaf- oder als Arbeitsräume dienen sollen; als Aufsichtsorgane sind in erster Linie die Ortspolizeibehörden, in grösseren Gemeinden eigene Wohnungs-Commissionen und in grösseren Städten Wohnungs-Inspectionen in Aussicht genommen; Neubauten dürfen erst bezogen werden, wenn sie vollständig fertiggestellt und genug ausgetrocknet sind und in gesundheitlicher Beziehung keinem Anstande unterliegen; in den Städten namentlich wird auch ein Minimalluftraum und zwar für Erwachsene und Jugendliche festzustellen sein; den noch im Argen liegenden Abortverhältnissen ist ein genaues Augenmerk zuzuwenden; die Schlafstellen sind nach Geschlechtern zu trennen, ferner soll, soweit thunlich, jede Person ihr eigenes Bett haben; mit den einzelnen Detailfragen wird sich noch der Wohnungsausschuss der Abgeordnetenkammer befassen. — Art. 102, welcher bisher das Baupolizeirecht in der Pfalz regelte, wird aufgehoben und Art. 101 erhält nunmehr folgende Fassung: „An Geld bis zu 150 Mk. oder mit Haft werden Bauherren, Baumeister und Bauhandwerker gestraft, wenn sie den baupolizeilichen Vorschriften zuwiderhandeln. Baupolizeiliche Vorschriften können in Bezug auf Festsetzung und Einhaltung der Bau- und Vorgartenlinien, dann zum Zwecke der Feuersicherheit und Festigkeit der Bauführung, sowie der Gesundheit durch Verordnung, ober- und ortspolizeiliche Vorschrift erlassen werden. Im Interesse der Verschönerung können baupolizeiliche Vorschriften für Städte von mehr als 20 000 Seelen durch Verordnung oder ortspolizeiliche

Vorschrift, für die übrigen Orte durch ortspolizeiliche Vorschrift getroffen werden. Die hierauf gegründeten Abänderungen des Bauplanes dürfen jedoch die Kosten der Bauführung nicht wesentlich vermehren."

Am 30. und 31. Mai behandelte die Abgeordnetenkammer den Etat für die Gesundheit. Es war gerade nicht tactvoll und collegial, den Fall Dr. Zehnder noch einmal zur Besprechung im Plenum aufzugreifen, nachdem bereits bei den Ausschussverhandlungen der k. Staatsminister vertrauliche Aufschlüsse ertheilt hatte; letzterer benutzte die Gelegenheit, in schonender, mitfühlender Weise der Kammer den thatsächlichen Hergang der Sache bekannt zu geben. Die von uns in No. 16, S. 563 hervorgehobene Thatsache, dass bei Einschaffung des Dr. Z. die Vorschriften des § 2 der Verordnung vom 1. 1. 1895 nicht eingehalten wurden, erklärt sich nach den Aeusserungen des Herrn Ministers dadurch, dass es sich zunächst nur um eine provisorische Unterbringung des Kranken gehandelt habe; die vorgeschriebene persönliche Untersuchung durch den Amtsarzt sei von dem Bezirksarzt in Deggendorf (also nach erfolgter Einschaffung) vorgenommen worden. Dass dies zulässig ist, geht aus dem Wortlaut des angezogenen Paragraphen allerdings nicht hervor. Gegenüber dem Antrage des Abgeordneten Kohl, die Impfkosten, welche bisher von den Gemeinden zu tragen sind, auf den Staat zu übernehmen, verhielt sich der k. Staatsminister mit Rücksicht auf den 170—200 000 Mark belaufenden Betrag ablehnend; die angeregte Errichtung eines Institutes für Infectionskrankheiten in Bayern wurde entsprechend einem Gutachten des Obermedicinalausschusses als zu kostspielig und bei dem Bestehen eines solchen in Berlin und bei der Bezahlung der Kosten für dorthin transportirte Arme als nicht direct nothwendig bezeichnet. Ausserdem wurden das Anstellungsalter der Amtsarzte und die Qualification der praktischen Aerzte in die Debatte gezogen, sowie die Frage der Apotheken-Concessionen gestreift. Dem Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte wurde der besondere staatliche Zuschuss von 5000 Mk. auch vom Plenum bewilligt.

Therapeutische Notizen.

Bei einer frisch ausgebrochenen Pneumonie lässt Paffrath-St. Goarshausen 3—4 stündlich 0,4—0,5 g Antifebrin mit 0,25—0,3 g Pulvis Doweri nehmen, und zwar Tag und Nacht ununterbrochen bis zum Nachlass des Fiebers. Kam er frühzeitig hinzu, so ist es ihm jedesmal gelungen, die Krankheit in 2 bis 3 Tagen, die allerschwersten Fälle mit doppelseitigen Entzündungen in 5—6 Tagen, zu coupiren. (Deutsche Med.-Zeitung 1900. No. 42.) P. H.

Psoriasis. In der Riforma medica vom 11. December 1899 empfiehlt Talamon folgende Salbencomposition:

Rp.:	Acid. salicyl.	3,0
	Ichthyol	10,0
	Acid. pyrogall.	6,0
	Lanolin. s. Vaselin.	100,0
	MDS. Salbe.	

F. L.

Chloasma. Das beste Mittel gegen Leberflecken ist nach L. Duncan Bulkley das Wasserstoffsuperoxyd. Morgens und Abends ist ein damit getränkter Wattebausch 5 Minuten lang aufzulegen, die hiedurch verursachte Hautreizung und Schuppung wird durch Lanolineinreibung oder Umschläge einer Boraxglycerinlösung gemildert. (Journal of the American Association, 23. December 1899.) F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 5. Juni 1900.

— Die VIII. ordentliche Generalversammlung des Pensionsvereins für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte findet am 1. October d. J. im Reisingerianum zu München statt. Dieselbe wird durch je einen Abgeordneten eines jeden Kreises beschickt. Die Verhandlungen sind für alle Mitglieder öffentlich. Etwaige Vorschläge zu Abänderungen der Satzungen sind 3 Monate vor der Generalversammlung, also bis 1. Juli d. J. bekannt zu geben. Näheres siehe in der Bekanntmachung auf dem Umschlag der heutigen Nummer.

— Der am 3. Mai d. J. in Würzburg verstorbene Dr. Theodor Herz, prakt. Arzt, hat in hochherziger Weise dem Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte ein Legat von 1000 Mark zukommen lassen.

— Vom 25. bis 28. Juli d. J. wird in Liverpool auf Anregung der dortigen Schule für Tropenhygiene eine internationale Malariaconferenz stattfinden. Lord Lister hat den Vorsitz übernommen. Zweck der Conferenz ist nicht nur die Besprechung aller die Malaria betreffenden Fragen, sondern vor Allem auch, in autoritativer Weise bestimmte Beschlüsse zu fassen, welche die Aerzte in den Tropen in ihren auf bessere Behandlung und Verhütung der Krankheit gerichteten Bestrebungen unterstützen sollen. Da die gefassten Beschlüsse nur dann die gewünschte Bedeutung beanspruchen können, wenn sie von einer grossen Zahl von anerkannten Forschern auf dem Gebiete der Malaria gefasst werden, hoffen die Veranstalter der Conferenz auf zahlreichen Besuch aus diesen Kreisen. Die Arbeiten der Conferenz theilen sich in 4 Gruppen: a) Zoologie der Haematozoen; b) Pathologie, Behandlung, Diagnose; c) Verhütung; d) Schlussfolgerungen.

— Der Riberapreis von 20 000 Lire (16 000 Mark) kommt am 31. December 1901 Seitens der kgl. Akademie der Medicin in Turin zur Vertheilung, und zwar für die beste gedruckte oder im Manuscript vorliegende Arbeit oder für die wichtigste Entdeckung auf dem Gebiete der experimentellen Pathologie, Hygiene oder gerichtlichen Medicin während der Jahre 1897—1901.

(Hochschulnachrichten.)

Berlin. Der ausserordentliche Professor der Augenheilkunde Dr. Julius Hirschberg ist zum ordentlichen Honorarprofessor in der medicinischen Facultät der hiesigen Friedrich Wilhelms-Universität ernannt worden.

Tübingen. Privatdocent Dr. Küttner, Assistenzarzt an der hiesigen chirurgischen Klinik, der mit einer deutschen Ambulanz zu den Buren entsendet worden war, wird demnächst den Kriegsschauplatz verlassen und gedenkt etwa am 20. Juni wieder in Tübingen zu sein.

Zürich. In der medicinischen Facultät der hiesigen Hochschule hat sich Dr. phil. et med. Adolf Oswald für das Fach der medicinischen Chemie habilitirt.

(Todesfälle.)

Dr. Karl Lange, ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Kopenhagen.

Der Chefarzt des Landkrankenhauses in Koburg, Medicinalrath Dr. Berger, Schwiegersohn des Dichters Rückert.

Dr. Brosin, Frauenarzt und Leiter einer Heilanstalt in Dresden, bei einer Tour in der sächsischen Schweiz abgestürzt.

Dr. Karl Eigenbrodt, Geh. Medicinalrath in Darmstadt, 74 Jahre alt.

(Berichtigung.) In dem in voriger Nummer erschienenen Aufsatze über „Die Agglutination von Faecalbacterien durch das Blutserum" ist ein sinnstörender Fehler dadurch entstanden, dass 2 an den Schluss der Seite 759 gehörende Zeilen an die Spitze dieser Seite gerathen sind. Es muss also heissen:

S. 758/59: „Es bedarf der Erwähnung, dass, wie aus mehreren der genannten Arbeiten hervorgeht, und wie auch unsere Untersuchungen zeigen werden, ..."

S. 759, 2. Spalte unten: ..... die Controlimpfung in der Weise vorgenommen, dass in den unteren Theil der zu prüfende Stamm, in den oberen Bacterium coli geimpft wurde, doch so, dass ein Zusammenfliessen der Culturen ausgeschlossen war. Um die durch die verschiedene Höhe der Impfung hervorgerufene (Fortsetzung S. 760).

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung: Dr. Reinheimer zu Kaiserslautern. Dr. Theodor Pfeifer, approb. 1898, zu Klingenberg a. M. Dr. Valentin Hoch zu Wörth a. M. Dr. August Diruf, approb. 1895, zu Bad Kissingen. Dr. Hermann Norwitzky aus Königsberg i. Pr., approb. 1899, zu Bad Kissingen.

Verzogen: Dr. Ernst Zimmermann von Becherbach nach Altenglan. Dr. Kaspar Wolfgang, approb. 1893, Staatsprüfung 1896, von Wörth a. M. nach Klingenberg a. M.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Karl Weikard in Mindelheim zum Bezirksarzt I. Cl. in Neu-Ulm.

Versetzt: Der Bezirksarzt I. Cl. Dr. Johann Hartmann in Vohenstrauss, seiner Bitte entsprechend, auf die Bezirksarztsstelle I. Cl. in Pfaffenhofen a. d. Ilm.

Praxis niedergelegt: Dr. Jürgens zu Kirchheimbolanden.

Gestorben: Dr. Julius Diehl, k. Hofrath, 58 Jahre alt. Dr. Stempfle zu Edesheim. Dr. Theodor Albert, k. b. Generalarzt a. D., in Neckargemünd. Dr. Otto Hess, k. Landgerichtsarzt in Bayreuth, 48 Jahre alt.

Correspondenz.

Zur Impfverordnung.

Man schreibt uns aus Meiningen vom 30. Mai 1900: „Vielleicht interessirt es Sie, zu erfahren, dass auch im Herzogthum Meiningen ein ministerielles Ausschreiben erschienen ist, das eine dem § 3 der bayerischen Verordnung, betreffend den Vollzug des Impfgesetzes, entsprechende Vorschrift (im § 1) enthielt. Aus beiliegendem Schreiben ersehen Sie, dass auch bei uns, wie in Bayern, das Ministerium in dankenswerther Weise sich bereit gefunden hat, von der Erbringung dieses in § 1 geforderten Nachweises abzusehen."

Das Schreiben lautet:

Meiningen, den 25. Mai 1900.

„Herzogliches Staatsministerium, Abtheilung des Innern, hat zu § 1 des Ausschreiben vom 15. März 1900, betr. das Reichsimpfgesetz, bestimmt, dass bei den auf Grund der neueren vom Bundesrath erlassenen Vorschriften approbirten Aerzten im Allgemeinen ohne weiteren Nachweis anzunehmen, dass sie den Anforderungen des § 1 des Ausschreibens genügen, dass aber auch bei den älteren approbirten Aerzten, welche im Herzogthum schon seit längeren Jahren Impfungen vorgenommen haben, angenommen werden könne, dass sie jenen Anforderungen ebenfalls genügen, und desshalb von der Forderung eines besonderen Nachweises darüber im Allgemeinen abzusehen sei.

Ich unterlasse nicht, hiervon Kenntniss zu geben."

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.